Doc. Dr. M. GRZYBOWSKI.

PODSTAWY ORZECZNICTWA DERMATOLOGICZNEGO.

(Według wykładu wygłoszonego na Kursach Orzecznictwa Lekarskiego urządzonych przez Państw. Szkołę Higjeny 15.II. — 4.III. 1932 r.).

Orzecznictwo lekarskie w dziedzinie chorób skóry jest obecnie jeszcze w okresie opracowywania prawidłowych kryterjów oceny niezdolności do pracy, brak bowiem w tej dziedzinie norm zwyczajowo ustalonych lub opartych na dowodach naukowych.

W związku z zagadnieniem ochrony pracy i pracownika spotykamy się najczęściej z następującemi pytaniami, na które orzekający musi dać odpowiedź:

a) czy i w jakim stopniu oraz na jaki przeciąg czasu schorzenie powoduje niezdolność do pracy,

b) w jakim stopniu związany jest stan chorobowy z zawodem chorego, a więc czy istnieją dane do oceniania danej choroby, jako zawodowej,

c) czy można spodziewać się poprawy lub uleczenia schorzenia i w jakim czasie, oraz czy wskazanem jest udzielenie urlopu lub leczenie zdrojowe,

d) czy schorzenie jest zakaźne i w jakim stopniu chory zagraża otoczeniu.

Odpowiedź na pierwsze pytanie, a więc ocena stopnia niezdolności do pracy w chorobach skóry praktycznie może być łatwiejsza niż w innych działach medycyny, ułożenie jednakże tablic i norm z wskazaniem procentowości jest nader trudne, bo stopień niezdolności do pracy zależy nie tylko od istoty choroby, lecz od rozległości zmian w pierwszym rzędzie i od ich umiejscowienia, pamiętać przytem należy o utrudnieniu zarobkowania i o zmniejszeniu zdolności do pracy, spowodowanem brakiem kosmetycznym.

Z powyższych względów w dalszym ciągu tego artykułu nie będę się starał ocenić procentowo stopnia niezdolności do pracy w schorzeniach skóry, a rozpatrzę tylko właściwe rozmaitym chorobom skóry oko-

liczności wykraczające po za fakty mogące być rozstrzygnięte prostem rozumowaniem i spostrzeganiem dostępnem wszystkim lekarzom nie specjalistom.

Wypadki przy pracy prowadzące do uszkodzenia skóry, jeśli chodzi o uszkodzenie nagłe, spowodowane są najczęściej przez zranienia, rozmaite uszkodzenia mechaniczne oraz przez oparzenia, tego rodzaju uszkodzenia rzadko oceniane są przez dermatologów, podlegają one zazwyczaj opiece chirurgów i w tym dziale są omawiane.

W praktyce dermatologicznej natomiast często zachodzi konieczność oceny niezdolności do pracy lub wypowiedzenia się o wysokości odszkodowania w związku z b l i z n a m i, które powstały po uszkodzeniu skóry. Stopień niezdolności do pracy wywołany obecnością blizn zależy przedewszystkiem od ich umiejscowienia, rozległości i głębokości, tak więc małe, miękkie, nieprzerośnięte, ukryte i niewidoczne blizny nie zmniejszają zupełnie zdolności do pracy, rozległe bliznowacenie, zwłaszcza w przypadkach blizn przerośniętych (keloidy, cicatrix hypertrophica) mogą spowodować 100% niezdolności do pracy, gdy umiejscowione są na dłoniach, utrudniając ruchy palców lub na twarzy, wywołując zeszpecenie lub zrosty powiek.

Poza temi cechami, które z łatwością się stwierdza, przy ocenie blizn należy zwrócić uwagę na szereg okoliczności, które mogą wpłynąć na charakter orzecznictwa. Tak np. blizny po oparzeniach, zwłaszcza kwasami i ługiem, w szczególności gdy dotyczy to skóry twarzy lub dłoni mają większą skłonność do złośliwego zwyrodnienia (rozwój nabłoniaków) od blizn po urazach mechanicznych, to też w razie określania wysokości odszkodowania należnego pracownikowi za wypadek przy pracy — zdaniem moim okoliczność tę należy uwzględnić. W jeszcze większym stopniu dotyczy to stanów bliznowatych wywołanych naświetlaniem prom. X.

Wreszcie zwrócić uwagę należy na bolesność niektórych blizn; występuje ona dosyć często w bliznach po naświetleniu prom. X lub radu, w tych wypadkach nawet mała blizna może wywołać znaczny stopień niezdolności do pracy; w przypadkach rozległych, bolesnych i owrzodziałych blizn tego rodzaju może dojść nawet do całkowitej niezdolności do pracy, bolesność bowiem w tych przypadkach jest bardzo znaczna. Prócz blizn popromiennych dużą skłonność do owrzodzenia mają blizny w przypadkach żylakowatości na podudziach, liczyć się należy w tych wypadkach z bardzo powolnem zabliźnianiem ich; ze względu na ich małą bolesność często jednak zdarza się, że nawet duże owrzodzenia podudzi na tle żylaków nie wywołują całkowitej niezdolności do pracy.

Specjalne miejsce zajmują blizny szpecące, zajmujące twarz, naj-

częściej występujące po urazach lub po toczniu gruźliczym; w tych przypadkach stopień niezdolności do pracy w znacznym stopniu uzależniony jest od rodzaju pracy zawodowej, niewątpliwie też istnieją zawody, w których nawet znaczne oszpecenie nie wpływa na zmniejszenie zdolności zarobkowania, w innych wypadkach nawet nieznaczne oszpecenie uniemożliwia pracę zawodową.

Zmiany wypryskowate — Eczema.

Duża ilość schorzeń skóry, zwłaszcza zaś duża liczba schorzeń skóry, powstających na tle pracy zawodowej, przebiega w postaci zmian wypryskowatych. Nie wszystkie zmiany tego rodzaju zasługują jednak na miano właściwego wyprysku — eczema; wyczerpujące określenie tego schorzenia i ścisłe ograniczenie jego granic obecnie nie jest możliwe i zapatrywania rozmaitych szkół dermatologicznych wielce w tym względzie różnią się.

Pod wypryskiem rozumieć będziemy schorzenie, polegające na występowaniu śródnaskórkowych pęcherzyków, częściowo przysychających, częściowo pękających i sączących; schorzenie to w znacznej mierze polega na uczuleniu ustroju, a w szczególności skóry na rozmaite czynniki zewnętrzne i wewnętrzne i ma przebieg przewlekły, chociaż pod wpływem podrażnień zewnętrznych lub zakażeń mogą występować okresy silnego obostrzenia objawów. Nie należy natomiast zaliczać do właściwego wyprysku zmian ostrych, wywołanych przez ten lub inny czynnik zewnętrzny; morfologicznie są te zmiany podobne do zmian spostrzeganych we właściwym wyprysku, w tego rodzaju przypadkach chodzi jednak zazwyczaj o zakażenie skóry ziarniakami ropnemi (pyodermia) lub o stany zapalne sztucznie wywołane — dermatitis acuta artificials. O ile tego rodzaju ostre stany zapalne skóry występują często— wywołują one stopniowe uczulenie skóry i prowadzą do rozwoju właściwego wyprysku, dlatego to właśnie przeprowadzenie ścisłej granicy pomiędzy stanem zapalnym skóry, a wypryskiem napotyka na znaczne trudności. Przykładem tego rodzaju są wypryskowate zmiany na skórze rąk spotykane u pracowników rozmaitych zawodów, początkowe są to ostre stany zapalne, występujące po zetknięciu skóry z pewną substancją, polegają one na przekrwieniu i obrzęku, którym towarzyszy sączenie. Po licznych nawrotach skóra rąk grubieje, jest pokryta obficie łuskami i strupami , dzięki rozwijającemu się uczuleniu reaguje ona stanem wypryskowatym na najrozmaitsze bodźce, zazwyczaj nawet nieszkodliwe dla osobników zdrowych.

W przypadkach tego rodzaju lekarz orzekający styka się zazwyczaj z koniecznością ustalenia stopnia niezdolności do pracy, czasu trwania schorzenia oraz ustalenia związku z pracą zawodową.

Ustalenie stopnia niezdolności do pracy w tych razach jest łatwe

i kierować się należy rozległością i natężeniem objawów chorobowych; zmiany tego rodzaju przy racjonalnem leczeniu przeciwzapalnem oraz przy unikaniu przez chorego substancji drażniących, z któremi styka się on w zawodzie doprowadza zazwyczaj w przeciągu kilku tygodni do ustąpienia objawów chorobowych. Ustalenie związku z pracą zawodową udaje się na podstawie wywiadów i spostrzegania chorego, gdy udaje się stwierdzić doświadczalnie drogą prób skórnych szkodliwy wpływ pewnych substancji na skórę chorego.

Jednakże nie zawsze wywiady mogą być wykorzystane dla rozpoznania, z innej strony często nie udaje się przeprowadzić należycie prób skórnych z rozmaitemi przetworami, pamiętać dlatego też należy o morfologicznych podstawach rozpoznawania (sączące, obrzęknięte wykwity na dłoniach i przedramionach) oraz zwrócić uwagę na zawód chorego, gdyż w niektórych zawodach schorzenia tego rodzaju są bardzo częste. Tak więc do rzędu zawodów, w których tego rodzaju schorzenia występują często należy wymienić murarzy, piekarzy, lakierników, giserów, stolarzy, ślusarzy, kuśnierzy i praczki; wedle White już nieco rzadziej spotykamy zmiany wypryskowate u przedstawicieli następujących zawodów: litografów, ogrodników, furmanów, introligatorów, szewców, chemików, fryzjerów i szlifiarzy. Niewątpliwie nie można wyliczyć wszystkich zawodów, w których tego rodzaju zmiany występują, ale naogół pamiętać należy, że są one częstsze w tych zawodach, w których pracownik styka się z substancjami bardziej drażniącemi. Oto wykaz substancji, które częściej od innych wywołują zmiany wypryskowate: kwasy i ługi (praczki), amonjak, wapno, cement (murarze, gale des cimentiers), terpentyny, laki, firnisy.

Sole niektórych metali — nikiel, kobalt, cynk, chlorek złota cjanek potasu (fotografowie), karbid.

Olejki eteryczne (przemysł perfumeryjny),

Cukier gorący (u cukierników),

Formalina,

Parafina i grupa spokrewnionych węglowodanów.

Barwiki anilinowe,

Szparagi, prymulka, (Rhus toxicodendron u ogrodników).

Wobec tego jednak, że osobnicza wrażliwość skóry u niektórych jest bardzo znaczna — substancje nawet mało drażniące mogą spowodować występowanie zmian zapalnych.

Przy kwalifikowaniu wysokości odszkodowania należy zwrócić uwagę na tę okoliczność i udzielać odszkodowanie wyższe tym, którzy stykają się z substancjami szkodliwemi, wywołującemi zmiany wypryskowate u dużej ilości chorych; osobnicy, którzy ze względu na swe ce-

chy osobnicze nie znoszą substancji ogólnie nieszkodliwych mają, jak się zdaje, prawo niższego odszkodowania.

D e r m a t o z y t o k s y c z n e.

Niektóre środki i leki wywołują objawy zatrucia w skórze po podaniu ich na wewnątrz. Pierwsze miejsce wśród tych leków zajmują przetwory bromu; zmiany w skórze występują w tym razie w dwuch postaciach: w postaci ropnego zapalenia mieszków włosowych (folliculitis s. acne bromata), lub w postaci ciężkiej, kiedy na skórze wytwarzają się duże bujające i ropiejące guzy — bromoderma tuberosum.

Najczęstszem zagadnieniem, które w tych wypadkach może się nasunąć do rozstrzygnięcia lekarza jest kwestja mechanizmu powstawania tego rodzaju zatruć; należy zawsze w tych razach liczyć się z możliwością osobniczej nadwrażliwości na brom, zdarza się ona szczególnie często u dzieci oraz u osobników mających na skórze ogniska ropnego stanu zapalnego (niesztowice, czyraki). Obok tego jednak niewątpliwie istnieją przetwory wywołujące częściej od innych tego rodzaju objawy; mam wrażenie, że wśród tych przetworów pierwsze miejsce zajmują rozmaite syropy zawierające brom; podobne objawy mogą wystąpić również i u pracowników odpowiednich działów przemysłu.

Zbliżony chemicznie do bromu jod wywołuje zazwyczaj zapalenie mieszków włosowych, wrażliwość osobnicza acz istniejąca ma znaczenie mniejsze i do uszkodzeń ciężkich zazwyczaj w tych przypadkach nie dochodzi, większe znaczenie posiada tu natomiast przedawkowanie leku.

Należący do tej samej grupy chemicznej chlor, wywołuje często u osobników fabryk chloru zapalenie mieszków włosowych, stanowi temu towarzyszy znaczny rozwój tkanki łącznej w otoczeniu schorzałych mieszków włosowych — stąd pochodzą duże zgrubienia skóry usiane twardemi ropiejącemi w centrum guzkami, schorzenie to nie czyni chorego niezdolnym do pracy ale jest ciężkim uszkodzeniem skóry na tle pracy zawodowej.

Ciężkie uszkodzenie mogą wywołać oleje skalne i rozmaite smary maszynowe, zmiany zachodzące w tych wypadkach w skórze polegają na stanie zapalnym w otoczeniu mieszków włosowych, wykwity tego rodzaju powstają pod wpływem nie tylko zewnętrznego stosowania dziegciu, gdyż zatrucie dziegciem odgrywa w tych razach dużą rolę. Stan ten jednak nie należy do ciężkich i aczkolwiek jest schorzeniem zawodowem skóry — nie utrudnia pracy; ewentualnie odszkodowanie może być uzasadnione tylko ze względu na upośledzenie kosmetyczne wywołane chorobą.

Wspomnieć w tem miejscu należy o rakach skóry dłoni rozwijających się u pracowników fabryk dziegciu i o raku kominiarzy,

rozwijającym się na dłoniach i na worku mosznowym niewątpliwie również pod wpływem lotnych produktów smołowych i dziegciowych. Raki tego rodzaju powstają rzadko, są jednak przykładem ciężkiego schorzenia zawodowego, to też osobnikom tego rodzaju należy się wysoki procent odszkodowania.

Dosyć często występują objawy zatrucia w skórze po stosowaniu przetworów arszenikowych w celach leczniczych lub u robotników pracujących w przemyśle arszenikowym.

Prócz rozległych stanów zapalnych skóry t. zw. erythrodermji arszenikowych, które występują najczęściej po stosowaniu niektórych leków zawierających arsen (arsenobenzol, acetylarsan) znamy uszkodzenia skóry również i na tle pracy zawodowej, najbłahsze z nich są to pigmentacje arszenikowe, zazwyczaj dosyć rozlane, niezbyt ciemne, nie sprawiające dolegliwości i właściwie nie utrudniające pracy. Cięższem już uszkodzeniem są zgrubienia naskórka, powstające na dłoniach i na podeszwach; zdarzają się one tak po podawaniu arszeniku w celach leczniczych, jak i na skutek pracy zawodowej. W przypadkach tych chodzi o równomierne, dochodzące czasem do 1 cm. i więcej zgrubienie naskórka na dłoniach i podeszwach, częściej jednak zgrubienie to nie osiąga tak znacznego stopnia, i w tych jednak razach dzięki współistnieniu stanu zapalnego na dłoniach utrudnienie w pracy jest bardzo znaczne.

Do najcięższych uszkodzeń arszenikowych skóry należy zaliczyć rozwój raków skóry, powstają one zazwyczaj nader powoli, rozwijają się na dłoniach lub na twarzy, początkowo mają przebieg dobrotliwy, jednakże rokowanie w tych przypadkach jest zawsze złe, a samo schorzenie należy zatem do ciężkich schorzeń skóry na tle pracy zawodowej.

R t ę ć jest częstą przyczyną zatruć, przebiegających w postaci oparzeń gdy chodzi o stosowanie przetworów przyżegających, jak np. sublimatu, lub w postaci rumieni i stanu zapalnego skóry w przypadkach podawania rtęci nawewnątrz u osobników nieznoszących tego środka. Przebieg tych zatruć w przypadkach rozległych jest bardzo uporczywy i może wywołać całkowitą utratę zdolności do pracy.

U s z k o d z e n i a p r o m i e n i a m i X.

Uszkodzenia prom. X. mogą się zdarzyć po stosowaniu naświetlań prom. X w celach leczniczych, mogą one mieć charakter uszkodzeń na tle pracy zawodowej.

Przebiegać one mogą w postaci uszkodzeń ostrych po zastosowaniu dawki nadmiernej, nieprawidłowo dawkowanej, dotyczy to częściej nieumiejętnego stosowania prom. X w celach leczniczych. W przypad-

kach tych chodzi o ostry stan zapalny o rozmaitem natężeniu, występuje on po 6 — 12 dniach po zastosowaniu nieodpowiedniej dawki prom. X, stan zapalny polegać może li tylko na obrzęku i rumieniu, w ciężkich przypadkach dojść może do zgorzeli i wytworzenia się bolesnych trudno gojących się owrzodzeń.

Pamiętać należy, że nawet niezbyt ciężkie uszkodzenia, polegające na występowaniu tylko rumienia są uporczywe i mogą wymagać do ustąpienia czasu 6 — 8 tyg. owrzodzenia natomiast i nekrozy mogą nie poddawać się zabliźnieniu w ciągu kilkunastu miesięcy, odszkodowanie za uszkodzenie w tych przypadkach powinno być zawsze wysokie. Pamiętać należy, że nawet po lekkich rumieniach wystąpić mogą braki kosmetyczne w postaci trwałego łysienia po naświetlaniu np. skóry owłosionej głowy lub twarzy. Uszkodzenia te w tych przypadkach gdy dotyczą kobiet mogą wywołać wymaganie wysokich odszkodowań, które zazwyczaj są przez sądy przyznawane.

Uszkodzenia zawodowe na tle pracy z prom. X zazwyczaj należą do uszkodzeń przewlekłych, początkowo mogą to być nieznaczne rumienie, w następstwie których po kilku lub kilkunastu latach występują zaniki, a czasem i owrzodzenia; mogą one wystąpić jednak bez poprzedzających rumieni; dosyć często owrzodzenia po oparzeniach prom. Rentgena ulegają złośliwemu zwyrodnieniu, dlatego też uszkodzenia tego rodzaju zawsze zaliczać należy do nader ciężkich, o ile zaś w pracowni nie istniały dostateczne środki ochronne pracownikowi nie można odmówić wysokiego odszkodowania.

Uszkodzenia promieniami granicznemi Bucky: jak wykazał Bruner po długotrwałem stosowaniu prom. granicznych mogą wystąpić zmiany, zbliżone do uszkodzeń porentgenowskich, uszkodzenia tego rodzaju należą jednak do rzadkości; wysokość odszkodowania i czas niezdolności do pracy całkowicie zależy od rozległości i umiejscowienia owrzodzenia.

Promienie pozafiołkowe mogą wywołać rozległe oparzenie w wypadku przedawkowania, uszkodzenia te naogół nie należą do ciężkich, chodzi zazwyczaj w tych razach o oparzenie I-go lub II-go stopnia, które w zależności od rozległości wymaga mniej lub więcej długiego czasu do leczenia. Uszkodzenia tego rodzaju nie należą też do ciężkich i rzadko dają powód do postępowania sądowo - lekarskiego.

Mogą natomiast wyniknąć poważne kwestje w związku z odpowiedzialnością lekarza po naświetlaniu niektórych schorzeń skóry. Chodzi mianowicie o przypadki tocznia rumieniowego (lupus erythematodes), hydroa vacciniforme i xeroderma pigmentosum, które to schorzenia mogą ulec bardzo znacznemu pogorszeniu po zastosowaniu promieni pozafiołkowych; w przypadkach tocznia rumieniowego może wy-

stąpić ostra postać tego schorzenia, jak wiadomo bardzo niebezpieczna dla życia. Wobec znacznego rozpowszechnienia naświetlań prom. pozafiołkowemi ewentualność ta ma duże znaczenie praktyczne, a w przypadku tego rodzaju rzeczoznawcy trudno zaprzeczyć, że zaszedł błąd w sztuce lekarskiej.

Schorzenia paznokci. U pracowników stykających się z chemikaljami źrącymi często następuje znaczne zniszczenie paznokci, rozpoczyna się ono zazwyczaj od wolnego brzegu i polega na rozpulchnieniu i łamliwości paznokcia, stopień niezdolności do pracy w tych razach jest zależny od rodzaju zajęcia chorego, pamiętać należy, że uszkodzenia te często utrudniają wykonywanie prac delikatniejszych i mogą wywołać nawet całkowitą niezdolność do pracy.

Znaczne zniszczenie płatki paznokciowej spostrzega się u tkaczy oraz u pracowników fabryk filcu i dywanów, u pracowników tych dzięki stałym urazom mechanicznym wolny brzeg paznokcia zostaje całkowicie zeszlifowany, nie utrudnia to im dzięki stopniowemu przyzwyczajeniu w pracy w tym samym zawodzie, czyni jednak często niemożliwą pracę w innych zawodach.

Jako schorzenie zawodowe oceniać należy zakażenie paznokci rozmaitemi drożdżycami co spostrzega się u pracowników rolnych, w szczególności przy pracach okopowych, schorzenie to przebiega pod względem klinicznym tak jak grzybica paznokci, jest nader uporczywe, wywołuje w otoczeniu stan zapalny i w tym czasie w znacznym stopniu utrudnia pracę zawodową.

U pracowników w owocarniach spostrzega się, aczkolwiek rzadko nitkowczycę (creeping dissease), uporczywe to schorzenie nie utrudnia pracy zawodowej.

Grzybice. Grzybica strzygąca może być uważana za chorobę związaną z wykonywaniem zawodu u pastuchów, rzeźników i innych pracowników stykających się z bydłem, w tych przypadkach chodzi zazwyczaj o grzybicę głęboką, czas trwania leczenia obliczać należy na 4 — 8 tygodni.

Z grzybicą strzygącą skóry owłosionej u dzieci i z grzybicą skóry nieowłosionej zetknąć się może lekarz rzeczoznawca przy określeniu stopnia zakaźności i czasu trwania leczenia, zakaźność grzybicy skóry nieowłosionej, acz bardzo znaczna, może być usunięta w ciągu kilku dni. Grzybica natomiast skóry głowy owłosionej ze względu na znaczną zakaźność wymaga izolowania chorego, czas trwania okresu zakaźnego należy oceniać na 4 tygodnie, to samo rzec można o strupniu woszczynowym, chociaż zakaźność jego jest znacznie mniejsza.

Grzybica naskórka: łupież pstry, łupież różowy (pochodzenie grzybicowe jest prawdopodobne), grzybica pachwin, łupież

czerwony, mają przebieg łagodny, nie wywołują niezdolności do pracy, zakaźność ich prócz grzybicy pachwin jest bardzo mała.

D r o ż d ż y c e przestrzeni międzypalcowych występują jako choroba zawodowa u piekarzy (miesienie ciasta), kucharek i praczek, schorzenie to jest uporczywe, ze względu jednak na lekki swój przebieg nie utrudnia pracy zawodowej, tylko więc ze względów hygjenicznych winno być jaknajszybciej uleczone.

G r z y b i c e t k a n k i p o d s k ó r n e j (promienica, sporotrychoza) należą do schorzeń ciężkich i długotrwałych; spostrzegano kilkakrotnie promienicę w okolicy karku i potylicy u robotników rolnych, niewątpliwie, zakażonych przez noszenie snopków na plecach, w tych wypadkach oczywiście chodzi o chorobę zawodową.

N o s a c i z n a występuje jako choroba związana z wykonywaniem zawodu u furmanów i pastuchów; przebiega ona w zakresie zmian na skórze w dwuch postaciach — choroby przewlekłej i ostrej; wytwarzają się przytem owrzodzenia, początkowo małe i nieutrudniające pracy, potem rozległe; ciężkie to schorzenie czyni pracownika niezdolnym do pracy ze względu na stan ogólny, w każdym wypadku chory tego rodzaju winien być izolowany.

W ą g l i k częściej występuje u kuśnierzy, pastuchów i poganiaczy bydła, to też w tej kategorji rzemieślników jest on niewątpliwie chorobą zawodową, ze względu na ciężki ogólny stan chory w tych wypadkach nie jest zdolny do pracy.

S c h o r z e n i a p a c i o r k o w c o w e: liszajec, liszajec pęcherzowy — są schorzeniami bardzo zakaźnemi, koniecznem jest izolowanie chorych dzieci, ich bowiem najczęściej schorzenie dotyczy, liszajec pęcherzowy u dorosłych winien być podstawą do zwolnienia z pracy. Jako schorzenie zawodowe może być uważany u pielęgniarzy, pielęgniarek, zwłaszcza u położnych.

S c h o r z e n i a p ę c h e r z o w e: Choroba Duhringa, pęcherzyce, liszajec opryszczkowy, wypryszczenie kończyn typu Hallopeau — nie są schorzeniami związanemi z wykonywaniem jakiegokolwiek zawodu, czynią chorego na długi czas całkowicie niezdolnym do pracy i tylko w przerwach między nawrotami choroby Duhringa chory może pracować. Schorzenia te nie są niebezpieczne dla otoczenia i nie wymagają izolowania chorych.

L i c h e n r u b e r — nie jest związany z pracą zawodową, postaci nieswędzące i mało rozległe nie utrudniają pracy zawodowej; w postaciach rozległych i silnie swędzących praca zawodowa może być niemożliwa; jest to schorzenie przewlekłe.

Ł u s z c z y c a — nie występuje częściej w jakimkolwiek za-

wodzie; zazwyczaj nie utrudnia pracy zawodowej. Wyjątek stanowią wykwity na twarzy, utrudniające pracę ze względów kosmetycznych, wykwity łuszczycy wysiękowej na dłoniach i w okolicy paznokci. Wreszcie najcięższa postać łuszczycy, łuszczyca z zajęciem stawów może całkowicie utrudnić wszelką pracę zawodową.

Dermatitis atrophicans — nie może być uważane za chorobę zawodową, chociaż podług moich spostrzeżeń występuje ona częściej u osobników pracujących na zimnie i w wilgoci. Schorzenie to może nawet w okresach późnych, kiedy zmiany są daleko posunięte, nie utrudniać zdolności do pracy, jednakże zdarzają się przypadki, w których objawy podmiotowe, albo owrzodzenia w znacznym stopniu zmniejszają zdolność do zarobkowania.

T w a r d z i n a s k ó r y, sclerodemia, w postaci ograniczonej nie wpływa na zdolność zarobkowania; postaci uogólnione, a zwłaszcza w późnych okresach choroby bardzo znacznie obniżają zdolność do pracy, a mogą nawet doprowadzić do całkowitej niezdolności do pracy.

T r ą d z i k z w y k ł y i t r ą d z i k r ó ż o w y; schorzenia gruczołów łojowych związane z pracą zawodową (acne chlorica) były już rozpatrzone powyżej; trądzik zwykły i różowy nie są związane z żadnym zawodem; w postaciach najczęściej spostrzeganych nie wpływają one na zdolność zarobkowania i pracy; jedynie w przypadkach daleko posuniętych ze względu na upośledzenie kosmetyczne zdolność do zarobkowania, zwłaszcza w niektórych zawodach jest utrudniona.

G r u ź l i c a s k ó r y; tylko jedna postać gruźlicy skóry, mianowicie gruźlica brodawkowata, tbc. verrucosa, występuje w związku z pracą zawodową — dotyczy to posługaczy szpitalnych, praczek, pracowników prosektorjów; postać ta należy do najłagodniejszych postaci gruźlicy skóry i zazwyczaj nie powoduje zmniejszenia zdolności do pracy.

Wszystkie inne postaci gruźlicy skóry rzadko są przedmiotem orzeczeń sądowo - lekarskich lub żądania odszkodowania. Orzeczenia w tych wypadkach dotyczą rozpoznania, które opiera się na ogólnych podstawach semiotyki dermatologicznej. Dodać jednak można, że wszystkie te postaci są bardzo przewlekłe, nie przenoszą się na otoczenie, a stopień niezdolności do pracy całkowicie zależy od rozległości i umiejscowienia zmian.

R a k s k ó r y w niektórych wypadkach występuje w związku z zawodem chorego, dotyczy to raków porentgenowskich u rentgenologów, raków skóry worka mosznowego u kominiarzy, raków twarzy i dłoni u robotników na fabrykach paraffiny, dziegciu i arsenu. We wszyst-

kich tych przypadkach zdolność do pracy na początku schorzenia nie cierpi znacznie; w przypadkach raka rozległego może natomiast nastąpić całkowita utrata zdolności zarobkowania.

Zmiany wrodzone skóry. Należy pamiętać, że na skórze często występują znamiona i zboczenia wrodzone tych lub innych części skóry, w przypadkach tych rzecz jasna wszelkiego rodzaju renty inwalidzkie są nieuzasadnione, a jednak niejednokrotnie chorzy starają się swe nieprawidłowości rozwojowe w tym celu wykorzystać.

Jako częstą nieprawidłowość rozwojową skóry wymienić należy rysią łuskę, która w przypadkach ciężkich, uogólnionych może całkowicie uniemożliwić pracę zarobkową. Odnosi się to również i do rogowca dziedzicznego dłoni i podeszew, który należy umieć rozpoznawać chociażby ze względu na istnienie nadmiernego rogowacenia po zatruciach arszenikiem, poza cechami morfologicznemi, których opis znaleźć można w podręcznikach dermatologji, pamiętać należy o rodzinnem, a często i dziedzicznem występowaniu rogowca dłoni i podeszew, oraz o współistniejącem w tych razach silnem poceniu.

Wreszcie duże znaczenie mieć może choroba Dariera, która acz występuje na tle wrodzonej skazy skóry — może rozwinąć się w wieku dojrzałym, a więc może powstać kwestja wypłaty odszkodowania w związku z przypuszczalnem schorzeniem zawodowem; prawidłowe rozpoznanie schorzenia wyklucza tę możliwość.

WIKTOR GRZYWO - DĄBROWSKI.

SPRAWOZDANIE Z CZYNNOŚCI ZAKŁADU MEDYCYNY SĄDOWEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO ZA ROK 1932.

W roku sprawozdawczym, podobnie jak i w poprzednich latach, czynności dokonywane w Z. M. S. można było podzielić na następujące działy:

a) Praca dydaktyczna: 1. Wykłady i zajęcia praktyczne dla studentów medycyny. 2. Wykłady dla studentów prawa. 3. Zajęcia praktyczne i wykłady na kursie dla lekarzy powiatowych. 4. Wykłady na kursie dla akuszerek i pielęgniarek.

b) Praca naukowa.

c) Porządkowanie, katalogowanie i dopełnienia muzeum i bibljoteki.

d) Czynności sądowo - lekarskie: wykonywanie na wezwanie sędziów śledczych i prokuratora Sądu Okręgowego oględzin zwłok, badań poszkodowanych i dowodów rzeczowych.

Personel Z. M. S. składa się z kierownika i 4-ch lekarzy asystentów, pozatem pracują dwie siły pomocnicze: laborantka i rysownik. Kancelarję Zakładu prowadzi sekretarka, przydzielona przez Pana Prezesa Sądu Okręgowego. Biorąc pod uwagę wielką ilość rozmaitych prac, które z natury rzeczy muszą być wykonywane w Zakładzie, personel lekarski jest w dużym stopniu niewystarczający, a przedewszystkiem odczuwa się brak stanowiska prosektora.

Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Un. Warsz. za rok 1932

Oględziny zewnętrzne i wewnętrzne zwłok:

a) sądowo-lekarskie (liczby podane w nawiasie ozn. dane z r. 1931)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem
1. Mężczyźni	14	9	9	6	18	14	14	15	20	24	23	16	182 (196)
2. Kobiety	7	7	12	11	10	7	10	12	6	8	22	12	124 (133)
3. Dzieci do lat 15	3	1	3	5	4	5	2	8	3	4	7	2	47 (38)
4. Noworodki donoszone	3	4	3	5	2	2	2	—	2	1	2	1	27 (32)
5. „ 9, 8 i 7 m. ciąży	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4 (11)
6. „ poniżej 7 m.	2	—	1	2	2	—	—	—	4	2	1	1	15 (8)
7. Części ciała	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1 (1)
	30	22	28	31	37	28	28	35	35	39	55	32	400 (419)

b) sanitarno-policyjne

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem
1. Mężczyźni	15	24	18	26	11	10	13	3	7	15	16	18	176 (263)
2. Kobiety	15	18	11	10	9	9	3	3	9	10	13	14	124 (167)
3. Dzieci do lat 15	5	9	1	3	5	3	5	4	7	5	9	7	63 (65)
4. Noworodki donoszone	3	4	3	5	2	2	—	4	1	—	3	5	32 (57)
5. „ 9, 8 i 7 m. ciąży	5	3	1	5	7	3	6	1	2	4	1	3	41 (48)
6. „ poniżej 7 m. ciąży.	5	4	3	2	6	—	—	3	7	6	5	4	45 (38)
7. Części ciała	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3 (3)
	49	62	37	52	40	27	28	18	33	40	47	51	484 (641)
Ogółem	79	84	65	83	77	55	56	53	68	79	102	83	884 (1060)

Oględziny zwłok według rodzaju wypadków.

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Płody i nowor.	Razem
1. Zabójstwa	92	22	—	114 (122)
2. Samobójstwa	36	29	—	65 (128)
3. Wypadki	149	74	—	223 (239)
4. Śmierć z przycz. natur.	144	101	—	245 (375)
5. „ w związku z porodem i poron.	—	69	—	69 ( )
6. Noworodki i płody	—	—	166	166 (196)
7. Kości.	—	—	—	2
Razem	421	295	166 2	884 (1060)

Zabójstwa

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Zastrzelenie	41	8	49
2. Zadanie ran kłutych	11	2	13
3. „ „ ciętych	12	5	17
4. „ „ rąbanych	5	1	6
5. „ „ tłuczonych	5	3	8
6. Pobicie	16	1	17
7. Zaduszenie	1	—	1
8. Zadzierżgnięcie	1	—	1
9. Zabójstwo z lubieżności (zadusz.)	—	1	1
10. Rzucenie z wysokości	—	1	1
Razem	92	22	114

Samobójstwo

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Przez postrzał: wlot:			
a) serce	2	3	5
b) usta	1	2	3
c) prawa skroń	3	—	3
d) inne	1	—	1
2. Zadanie ran (ciętych)	1	1	2
3. Rzucenie się pod pociąg	3	3	6
4. Rzucenie się z wysokości	2	2	4
5. Powieszenie się	13	1	14
6. Utonięcie	2	—	2
7. Otrucia:			
a) kwasem octowym	3	8	11
b) cjankiem potasu	1	2	3
c) tlenkiem węgla (gaz świetlny) (zaczadzenie)	—	2	2
d) kwasem solnym	1	1	2
e) ługiem	—	1	1
f) sublimatem	—	1	1
g) weronalem	—	1	1
h) karbolem	2	—	2
i) niejasne	1	1	2
Razem	36	29	65

Wypadki

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety	Razem
1. Przejechanie lub wypad.			
a. kolejowy	35	9	44
b. tramwajowy	15	11	26
c. samochodowy i inn.	32	16	48
2. Utonięcie	14	6	20
3. Zatrucia			
a. alkohol	4	1	5
b. tlenek węgl.	4	8	12
c. tr. żrące.	2	2	4
4. Oparzenie	1	5	6
5. Upadek z wysokości	8	3	11
6. Wypadek przy pracy	6	—	6
7. Rażenie prądem elektr.	2	1	3
8. Udławienie się	1	—	1
9. Zaduszenie	—	1	1
10. Postrzelenie	1	1	2
11. Upadek z samolotu	1	—	1
12. Kopnięcie przez konia	3	—	3
13. Śmierć w zw. z zastrz. salwarsanu	1	—	1
14. Urazy mechaniczne	8	3	11
15. Przysypanie i zaduszenie gruzami i jęczmieniem.	11	7	18
Razem	149	74	223

Śmierć w związku z ciążą, porodem i poronieniem.

1.	Zakażenie po poronieniu	48
2.	Skrwawienie się po poronieniu	1
3.	Zakażenie po porodzie	10
4.	Skrwawienie się po porodzie	4
5.	Choroby podczas ciąży (rzucawka)	2
6.	Ciąża pozamaciczna	2
7.	Zator powietrzny (ciąża)	1
8.	Zatrucie sublimatem przez irygacje	1
		69

Choroby

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Miażdżyca tętnic	24	12	36
2. Porażenie serca na tle zmian w mięśniu sercowym	15	10	25
3. Pęknięcie serca	4	1	5
4. " tętnicy głównej	2	2	4
5. Wylew krwi do mózgu	8	19	27
6. Zapalenie opon mózgowych	1	3	4
7. Ropnie w mózgu	2	—	2
8. Zapalenie płuc	11	10	21
9. Zapalenie oskrzeli	9	5	14
10. Gruźlica płuc	11	4	15
11. Nieżyt żołądka i jelit	5	4	9
12. Zapalenie otrzewn j (wyrostek robaczkowy, skręt jelit i t. p.)	9	6	15
13. Zapalenie nerek	2	2	4
14. Zakażenie ogólne	4	2	6
15. Nowotwory	3	3	6
16. Ogólne wyniszczenie	4	2	6
17. Choroby zakaźn ·	4	5	9
18 Zgony w związku z zabiegami lekarskiemi	2	—	2
19. Ropnie (głowy, ucha, nerki)	1	2	3
20. Inne (kiła, wodogłowie, krwiak wątroby)	4	—	4
21. Przyczyna śmierci niejasna (znaczny rozkład i t. p.)	19	9	28
Razem	144	101	245

Wykaz oględzin płodów i noworodków.

Wyszczególnienie	Donosz.	IX m.	VIII	VII	VI	V	Poniżej 5 mies.	Razem
I. Maceracja	—	—	1	—	3	1	—	5
II. Niezdolność do życia:								
1. Wskutek niedonoszenia								
a) urodzone żywo	—	—	3	9	9	3	—	24
b) urodzone martwe	—	1	1	7	14	10	8	41
2. wskutek wad rozwojowych:								
a) żywe	1	—	1	1	—	—	—	3
b) urodzone martwe	—	1	—	—	21	—	—	2
III. Śmierć w związku z porodem:								
1. Asfiksja	17	3	1	—	—	—	—	21
2. Uszkodzenia w obrębie główki	2	—	1	1	—	—	—	4
3. Wylewy krwi do opon i mózgu	—	2	4	—	—	—	—	6
4. Pęknięcie sierpu lub namiotu	8	—	1	—	—	—	—	9
IV. Dzieciobójstwo								
1. Zaduszenie zwykłe	3	1	—	—	—	—	—	4
2. Zadzierżgnięcie	1	—	—	—	—	—	—	1
3. Zatkanie otworów nosowych i wejścia do krtani	3	—	—	—	—	—	—	3
4. Rozbicie główki	3	—	—	—	—	—	—	3
V. Pozostawienie bez pomocy	4	—	1	—	—	—	—	5
VI. Przyczyna śmierci niejasna:								
1. Ujemny wynik oględzin	3	1	3	—	—	—	—	7
2. Gnicie	13	6	6	1	—	—	1	27
VII. Resztki ciała	1							1
	59	15	23	19	27	14	9	166

Wykaz badań dokonanych w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

Na wezwanie Sędziów Śledczych od dnia
1 stycznia 1932 r. do 31 grudnia 1932 r.

I. Badanie osób żywych:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Dzieci	Razem
1. Uszkodzenia ciała (bójki, usiłowania zabójstwa i t. d.)	357	89	16	462
2. Wypadki samochodowe	9	8	6	23
3. Oparzenia truciznami żrącemi:				
a) zbrodnicze	14	6	—	20
b) wypadkowe	2	4	1	7
4. Otrucia wypadkowe	—	1	1	2
5. Badanie stanu władz psychiczn.	3	3	—	6
6. Dochodzenie odbytego stos. płc.	—	23	15	38
7. Pederastja	—	—	1	1
8. Czyny nierządne	—	—	10	10
9. Stwierdzenie chorób weneryczn.	11	9	5	25
10. Stwierdzenie odbytego poronienia lub porodu	—	21	—	21
11. Określenie wieku	4	6	1	11
12. Inne	1	3	—	4
Razem	401	173	56	630 (596)

II. Badanie dowodów rzeczowych:

1.	Badanie plam krwi	18
2.	„ „ nasienia	10
3.	„ włosów	5
4.	„ kości	1
5.	„ kierunku kuli	1
6.	„ mikroskopowe narządów	1
7.	„ środków lekarskich	1
		37 (56)

WIKTOR GRZYWO DĄBROWSKI.

POLSKA BIBLJOGRAFJA KRYMINOLOGICZNA, SĄDOWO - LEKARSKA I DZIAŁÓW POKREWNYCH ZA ROK 1932.

Skróty tytułów pism:

CZ. A. — Czasopismo Adwokatów Polskich. CZ. — Czystość. CZ. S. L. — Czasopismo Sądowo - Lekarskie. CZ. S. — Czasopismo Sędziowskie. CH. K. — Chirurgja Kliniczna DZ. M. — Dziecko i Matka. F. — Wiadomości Farmaceutyczne. G. P. — Głos Prawa. G. A. — Głos Adwokatów. G. P. — Ginekologja Polska. G. S. — Głos Sądownictwa. G. S. W. — Gazeta Sądowa Warszawska. K. D. — Kronika Dentystyczna. K. K. — Komisja Kodyfikacyjna. Opinja o projekcie Kodeksu Karnego. K. O. — Klinika Oczna. Kw. Kl. — Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych. L. K. — Lekarz Kolejowy. L. W. — Lekarz Wojskowy. M. — Medycyna. M. P. — Medycyna Praktyczna. N. P. — Nowiny Psychjatryczne. N .L. — Nowiny Lekarskie — P. G. L. — Polska Gazeta Lekarska. N. S. L. Nowiny Społeczno - Lekarskie. P. — Położna. P. S. — Przegląd Sądowy. P. P. A. — Przegląd Prawa i Administracji P. W. — Przegląd Weterynaryjny. P. U. S. — Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. P. O. L. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. P. P. R. — Polski Przegląd Radiologiczny. P. D. — Przegląd Dentystyczny. P. S. L. — Przegląd Społeczno - Lekarski. R. P. — Rocznik Psychjatryczny. R. Praw. — Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny. S. S. — Szkoła Specjalna. S. O. — Sąd i Obrona. T. N. — Therapia Nova. R. P. W. — Rocznik Prawniczy Wileński. T. — Trzeźwość. W. W. — Wiadomości Weterynaryjne. Wiedz. Lek. — Wiedza Lekarska. W. P. P. — Wileński Przegląd Prawniczy. Woj. P. — Wojskowy Przegląd Prawniczy. W. F. — Wychowanie Fizyczne. W. CZ. L. — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. W. L. — Wiadomości Lekarskie. Z. R. — Zagadnienia Rasy. Z. — Zdrowie. Ż. Dz. — Życie Dziecka.

I. ZAGADNIENIA PRAWNE.

1. Ks. Bączkiewicz — Prawo kanoniczne — Kraków.
Berger — Usiłowanie przestępstwa. G. S.
2. Bekerman, Miller, Gumiński — Kodeks karny — Warszawa, str. 528.
3. Cypin — Stan wyższej konieczności w prawie karnem. Warszawa, str. 151.
4. Czerwiński — Bezpłatne dokonywanie zabiegów dentystycznych — N. S. L.
5. Czerwiński i Przyjemski — Kodeks postępowania karnego — Warszawa.
6. Czerwiński — Niepoczytalność w świetle przepisów Kodeksu Karnego Polskiego z r. 1932 — N. S. L.
7. Czerwiński — Obowiązek położnej wzywania lekarza do położnicy — N. S. L.
8. Czerwiński — Odpowiedzialność karna za przechowywanie lub sprzedaż preparatów leczniczych — N. S. L.
9. Fenichel — Kodeks ubezpieczeń społecznych — Kraków 1932 r.
10. Goczałkowski — Środki zabezpieczające w projektach kodeksów karnych polskim i niemieckim — Pr.
11. W. Grzywo - Dąbrowski — Polski Kodeks Karny — uwagi lekarza sądowego — L. P.
12. Godecki — Kodeks Postępowania Karnego — Warszawa.
13. Dr. Genin — Kodeks karny, Prawo o wykroczeniach etc.—Kraków.
14. Jamontt i Rappaport — Kodeks karny 1932 r. — Warszawa.
15. Jamontt — Podstawowe zasady prawa karnego, obowiązujące w Polsce — Warszawa str. 60.
16. Jamontt, Rappaport i Lemkin — Kodeks karny 1932 r. Warszawa, str. 450.
17. Lichter — Kilka uwag o projekcie deontologji lekarskiej — N. S. L.
18. Dr. Lipkin — Kodeks postępowania karnego z przepisami wprowadzającymi i t. d. Warszawa.
19. Miller — Kodeks Karny Administracyjny. Prawo o wykroczeniach. Warszawa.
20. J. Makarewicz — Zasady polskiego Kodeksu Karnego — R. Prawn.
21. J. Makarewicz — Kodeks Karny z komentarzami — Lwów str. 368.
22. Makowski — Kodeks Karny 1932 r. Komentarz — Warszawa.
23. Nisenson i Siewierski — Kodeks karny i prawo o wykroczeniach— Warszawa.
24. Pieracki — Polskie prawo karne — Lwów str. 318.
25. Projekt Kodeksu Karnego Wojskowego — 1932.

26. Projekt Kodeksu Karnego przyjęty w 3-em czytaniu przez Sekcję Prawa Karnego Komisji Kodyfikacyjnej R. P. str. 47.
27. Rudzki — Ustawodawcza walka z gruźlicą — L. P.
28. Peipe — Komentarz do Kodeksu Postępowania Karnego etc. Kraków.
29. Rothbard — Kodeks Karny z dnia 11.VII. 32. Prawo o wykroczeniach etc. Warszawa.
30. Rothefeld, Modlinger, Szeftel — Kodeks Postępowania Karnego etc. — Równe.
31. Rafacz. Dawne polskie prawo karne — str. 212.
32. H. Szancer — Obowiązujące ustawodawstwo w przedmiocie substancji i przetworów odurzających oraz eteru etylowego i jego mieszanek. Warszawa, str. 46.
33. Wusatowski — Kodeks Postępowania Karnego. Miejsce Piastowe.
34. Wąsowski. Polski Kodeks Karny — Pr.
35. Perl - Neudingowa. Dziecko zacofane umysłowo przed Sądem — Ż. Dz.

II. KRYMINOLOGJA. KAZUISTYKA.

1. Bossowski — Klinika słów w sprawie Józefa Jakubowskiego — R. Praw.
2. Czerwiński — Stosowanie lampy kwarcowej i promieni Rentgena w technice kryminologicznej — N. S. Z.
2. Felc — Charakterystyczne zranienie ręki przy strzale z pistoletu automatycznego — Cz. S. L.
4. Kuczma — Przestępstwa zbiorowe w świetle współczesnej kryminologji. Poznań str. 157.
5. Lichtenbaum — Kino a przestępstwo — G. S.
6. Łaniewski — Z psychologji oskarżonego — Cz. S.
7. Manczarski — Zgony wskutek zabójstw — Cz. S. L.
8. Manczarski — Kule wędrujące — W. Cz. L.
9. Pietruszyński — Znaczenie grafologji w praktyce sądowej. — Cz. A. 1931.
10. Rytel: 1) Zabójstwo ojca przez synów, 2) Zabójstwo męża przez brata żony i kochanka, 3) Zabójstwo w wiejskiej restauracji, 4) Zabójstwo wiejskiego „Don Żuana" — W. Cz. S.
11. Swida — Przestępca zawodowy — Wilno 1932 str. 148.
12. Szarbe — Dwa przypadki śmierci w związku z urazem bez uchwytnych zmian anatomicznych — Cz. S. L.
13. Wander — Symulacja i agrawacja — W. L.

III. ALKOHOLIZM.

1. Ankieta w sprawie alkoholizmu — T.
2. Borkowski. Alkoholizm a prostytucja — T.
3. Czerwiński — Walka z alkoholizmem w Szwecji — L. W. i N. S. L.
4. Hurynowicz — Wpływ alkoholizmu na chronaksję nerwów naczyniowych. W. Cz. L.
5. Nocznicki — Alkoholizm w b. Kongresówce — T.
6. X Polski Kongres przeciw - alkoholowy w Krakowie. Sprawozdanie. — R. P. XVII.
7. Tydzień Propagandy Trzeźwości — 3.II.1922 — N. P.
8. Wasilewski — Spostrzeżenia własne nad zwalczaniem alkoholizmu na terenie pułku — L. W.

IV. SAMOBÓJSTWO.

1. Baranowski. Przyczynek do kazuistyki samobójstw przez postrzał. — Cz. S. L.
2. M. Grzywo - Dąbrowska. Samobójstwo młodzieży szkolnej na podstawie ankiety. Oświata i Wychowanie.
3. M. Grzywo - Dąbrowska. Somobójstwo młodzieży. Życie Dziecka.
4. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w r. 1931. Cz. S. L.
5. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w 1921 — 1930 włącznie. Cz. S. L.
6. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwo czy zabójstwo z krótkiej broni palnej? Cz. S. L.
7. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwo czy zabójstwo? Śmierć wskutek ran ciętych, kłutych i rąbanych. Cz. S. L.
8. Nelken. Zaburzenia nerwowe i psychiczne po postrzale głowy w celu samobójczym. Przyp. VII. Samobójstwo rozszerzone. R. P. XVIII — XIX.
9. Odyniec. Samobójstwo młodzieży szkolnej. N. P.
10. Piotrowski. Samobójstwo za pomocą prądu elektrycznego. CZ. S. L.

V. CIĄŻA. PORÓD. PORONIENIE. DZIECIOBÓJSTWO.

1. Bajański. Przesądy w położnictwie. P.
2. Czyżak. Nowa próba ciążowa. N. L.
3. Felc. Śmiertelne powikłania w przebiegu ciąży, poronienia i porodu w świetle cyfr Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warsz. za 10-cie 1921 — 1930. CZ. S. L.
4. Grzywo - Dąbrowski. Spędzenie płodu i dzieciobójstwo według projektu nowego Kodeksu Karnego Komisji Kodyfikacyjnej. L. P.

5. Glatzel i Zubrzycki. Wytworzenie sztucznej pochwy. (IV Zjazd Ginek. Pol.). G. P.
6. Herman. Ropień przykręgowy etc. w następstwie sztucznego poronienia. W. Cz. L.
7. Hroboni. Spędzenie płodu w świetle projektu Komisji Kodyfikacyjnej. P. S.
8. Kaunówna. Przyczynek do rozpoznawania wylewów śródczaszkowych u noworodków. P. P.
9. Kościuszko. Gruźlica a ciąża. (IV Zjazd Ginek. Palsk.). G. P.
10. Łącka. Przyczynek do rokowania w wylewach śródczaszkowych u noworodków. P. P.
11. Lewin. Ciąża a gruźlica. W. Cz. L.
12. Morawski. Postępowanie zachowawcze u ciężarnych cierpiących na gruźlicę. (IV Zjazd Ginek. Polsk.). G. P.
13. Maurer. Wygniatanie płodu metodą Kristellera przyczyną przedarcia przedniego sklepienia pochwowego. P. G. L.
14. Mossor. Przypadek pęknięcia macicy ciężarnej. P. G. L.
15. Mączewski i Gruca. Wytworzenie sztucznej pochwy z naskórka. (IV Zjazd Ginek. Polsk.). G. P.
16. Ross. Kilka uwag o przebiciu macicy i t. p. (IV Zjazd Ginek. Polsk.). G. P.
17. Ross. Przedziurawienie macicy na podstawie materjału chorych oddziału położniczo - ginekologicznego za czas ostatnich 20 lat. P. G. L.
18. Ross. Wady rozwojowe macicy. P. G. L.
19. Stacherska - Kadenowa. Gruźlica płuc a ciąża. (IV Zjazd Ginekol. Polsk.). G. P.
20. Stępowski. W sprawie mechanicznych sposobów zapobiegających zajściu w ciążę. Prakt. Lek.
21. Stępowski. Nowe odczyny biologiczne w ciąży. P. G. L.
22. Stenzel. Partactwo w położnictwie P. G. L.
23. Uhma. Mechaniczne uszkodzenie tylnego sklepienia. (IV Zjazd Gin. Polsk.). G. P.
24. Walęcka. Oględziny zwłok płodów i noworodków, dokonane za czas od 1921 do 1930 r. w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniw. Warsz. Cz. S. L.
25. Wierzbicki. Statystyka poronień za okres czasu od 1924 do 1931 i poronienie jako zagadnienie społeczne. W. Cz. L.

VI. ŻYCIE PŁCIOWE. CHOROBY WENERYCZNE. MAŁŻEŃSTWO.

1. Akerberg. Talmud, bolszewizm i projekt Polskiego Prawa Małżeńskiego. Odpowiedź ks. dr. Trzeciakowi. Warszawa. str. 126.

2. G. Bychowski. Psychologja seksualna. Z. R.
3. Damański. Odpowiedź na uwagi prof. Lutostańskiego z pow. pracy „o małżeństwie" Warszawa. str. 116.
4. Domański. O małżeństwie. str. 160.
5. Gniazdomorski. Osobowe prawo małżeńskie, obowiązujące w b. dzielnicy austrjackiej. Poznań.
6. Gołąb. Polskie prawo małżeńskie w kodyfikacji. str. 135.
7. Hroboni. Projekt polskiego prawa małżeńskiego w świetle krytyki P. S.
8. Jakowicki. Wpływ morfiny na czynność rozrodczą. (IV Zjazd Gin. Pol.). G. P.
9. Kacprzak. Groźba wyludnienia a ograniczenie potomstwa. W. Cz. L.
10. Kacprzak. W sprawie świadomego macierzyństwa. W. Cz. L.
11. Ks. Karłowski. Uwagi o projekcie prawa małżeńskiego Kom. Kodyfik. Poznań.
12. Lenski. Przypadek eunuchoidyzmu z mikrohypophysis. M.
13. Mikułowski. O t. zw. kile wisceralnej u dzieci. N. L.
14. Małżeńskiego prawa projekt, uchwalony przez Kom. Kodyf. R. P. Warszawa. str. 32.
15. Płuciński. Rola hormonów jajnika i przysadki. N. L.
16. Ryll - Nardzewska. Praktyczne znaczenie odczynu Aschima - Zondeka. (IV Zjazd Gin. Pol.). G. P.
17. Stöckl. Działanie małych dawek promieni Roentgena na jajnik kobiecy. PPR.
18. Sitnicki. Rzut oka na projekt prawa małżeńskiego etc. G. P.
19. Tylbor. Uwagi o projekcie prawa małżeńskiego. G. S.
20. Ks. Trzeciak. Talmud, bolszewizm i projekt prawa małżeńskiego w Polsce. Warszawa. str. 59.
21. Pod. red. Wiślickiego. Rozbiór krytyczny projektu prawa małżeńskiego. Lublin.
22. Walka z pornografją. Cykl rozpraw. Poznań.
23. Weinberg. Niezwykły przypadek zgwałcenia nieletniej. Cz. S. L.
24. Zamenhof. Seksualizm wieku dziecięcego (streszcz. poglądowe). W. Cz. L.

VII. CHOROBY. ZMIANY POSMIERTNE.

1. Achmatowicz. Analiza 3-ch przypadków przebicia wrzodu żołądka i dwunastnicy. P. G. L.
2. Adamowicz. Niedrożność naczyń wieńcowych a tętniak ściany serca. P. G. L.
3. Brzezicki. O udarze mózgowym ze szczególnym uwzględnieniem krwotoków mózgu. P. G. L.

4. Erlich i Śliwiński. O wylewach do nadnerczy P. P.
5. Giebocki. Czy oberwanie jest chorobą? N. L.
6. Higier. Wylew krwawy mózgowia, zator, zakrzep i rozmiękczenie mózgu w świetle nauki ostatniej doby. W. Cz. L.
7. Krajewski. Niedomoga stopy i jej znaczenie w wojsku. L. W.
8. Krotoski. Rozpoznanie i leczenie ostrego schorzenia trzustki. N. L.
9. Lubelski i Pomper. Przypadek zgorzeli błyskawicznej zewn. narz. rodn. u mężczyzny. Pol. Przeg. Chir.
10. Minz i Goldstein. Rzadki przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka do śledziony. W. Cz. L.
11. Piotrowski. Zgony wypadkowe nagłe, naturalne. Cz. S .L.
12. Szulc. Krwotoki w marskości wątroby. M.
13. Bross. Nagła śmierć niemowląt i dzieci a t. zw. stan grasiczo - chłonny. M. P.

VIII. USZKODZENIA CIAŁA.

1. Achmatowicz. Przyczynek do kazuistyki postrzałowych ran żył. P. G. L.
2. Achmatowicz. Przypadek dootrzewnowego pęknięcia pęcherza moczowego. P. W. L. i P. G. L.
3. Borkowski. Z dziedziny obrażeń jamy brzusznej. Pol. Przeg. Chir.
4. Bermański. Wypadki kolejowe i ich ofiary. L. K.
5. Boczkowski. Przyczynek do wyjaśnienia znaczenia zabiegów operacyjnych przy cierpieniach powodujących kompresję mózgu i rdzenia. L. K.
6. Czyżewski. Uszkodzenia chirurgiczne u narciarzy. Prakt. Lek.
7. Dłużyński. Śmierć naturalna czy wskutek wypadku przy pracy. Prakt. Lek.
8. Dżułyński. Niezwykłe uszkodzenie czaszki kołem od brony P. G. L.
9. Famiński. Niezwykły przypadek wyzdrowienia po ciężkim urazie jamy brzusznej. P. G. L.
10. Frank - Pittowa. Dwa przypadki odosobnionego samoistnego pęknięcia I-go żebra. P. G. L.
11. Felc. Zejście śmiertelne jako następstwo połknięcia trzonka łyżki Cz. S. L.
12. Hurynowicz, Achmatowicz i Kucharski. W sprawie pourazowych porażeń nerwów obwodowych. P. G. L.
13. Jaffe. 4 przypadki rażenia piorunem. M.
14. Kawiecki. Niezwykły przypadek wyzdrowienia po urazie jamy brzusznej. P. G. L.
15. Manczarski. Kilka słów o uszkodzeniach kręgosłupa i t. p. Cz. S. L.

16. Piotrowski. Odbicie medalika i łańcuszka na skórze przy śmiertelnem rażeniu prądem o napięciu 220 volt. Cz. S. L.
17. Rechniowski. Jeszcze jeden przypadek uszkodzeń trzew brzusznych o nadspodziewanie pomyślnem zejściu. P. G. L.
18. Szczepański. O zatorach powietrznych podczas stosowania odmy piersiowej. P. G. L.
19. Türschmied. Oskalpowanie zupełne skóry członka męskiego i moszny. P. G. L.
20. Walęcka. Śmierć wskutek zapalenia otrzewnej w 8 miesięcy po postrzale brzucha. Cz. S. L.

IX. CHOROBY ZAWODOWE I POURAZOWE.

1. Bartnicki — O czynnikach chorobowości zawodowej z punktu widzenia statystycznego — P. U. S.
2. Greniewski i Wanatowski — Statystyka wypadków w przemyśle górnośląskim. P. U. S.
3. Krahelska — Praca kobiet w przemyśle współczesnym — Warszawa str. 151.
4. Karelus — Zawodowe choroby oczu — Kraków 1932.
5. Liwszyc — Choroby zawodowe przewodu pokarmowego. W. L.
6. Mierzecki — O pierwszym oddziale chorób zawodowych w Polsce. Wied. Lek.
7. Nowakowski, Boguszewska — Wąglik jako choroba zawodowa w Polsce W. Cz. L.
8. Nowakowski — Przyczynek do statystyki chorobowości w zakładach pracy. W. Cz. L.
9. Szpakowski — Ochrona przed nieszczęśliwymi wypadkami w warsztatach. P. K. P. — L. K.
10. Szabad — Niezdolność do pracy z powodu choroby ubezpieczonych w Kasie Chorych w Wilnie za r. 1929 — W. Cz. L..
11. Szumski — Choroby zawodowe.
12. Wirszubski. Zagadnienie wstrząsu mózgu. M.

X. OTRUCIA.

1. Berent — Zatrucie ołowiem w świetle nowych badań — Wiedz. Lek.
2. Fiumel — Ratownictwo w zatruciach — str. 197.
3. Gleichgewicht — przypadek zatrucia lekarskiego o niezwykłym przebiegu. W. Cz. L.
4. Juwiler i Szyszkowski — O masowem zatruciu włośnicą w Tomaszowie Mazowieckim. W. Cz. L.

5. Wirszubski — Zespół nerwowo - psychiczny na tle zaczadzenia — R. P. XVIII — XIX.
6. Woyno — Alkohol etylowy, ostre jego działanie na ustrój i leczenie N. L.
7. Zienkiewicz. Neuritis n. optici na tle zatrucia spirytusem metylowym. P. G. L.
8. Ziffer — Niebezpieczeństwo stosowania ogólnej narkozy przy ekstracjach zębów — Stomat. Pol.
9. Żurkowski i Wallach — Sposób wykrywania małych ilości nafty etc. — L. W.

XI. SPRAWY ZAWODOWE. PARTACTWO LECZNICZE.

1. Czerwiński — Ustawa z dnia 25.9.32 o wykonywaniu praktyki lekarskiej. N. S. L.
2. Bremek — O kodeksie deontologicznym — L. P.
3. Czerwiński — Wyjmowanie zębów a leczenie chorób jamy ustnej — N. S. L.
4. Czerwiński — Bezpłatne dokonywanie zabiegów dentystycznych — N. S. L.
5. Corawa — ,,Babki" jako wróg zdrowia publicznego — P.
6. Canuto — Medycyna i lekarze w nowym włoskim kodeksie karnym — G. S.
7. Fiszman — Analiza projektu kodeksu deontologji lekarskiej — W. Cz. L.
8. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie o projekcie kodeksu deontologicznego Nacz. Izby Lekarskiej — N. S. L.
9. Halberstadt — Odpowiedzialność cywilna lekarzy — posiedz. dyskus. obwodu Warsz. — N. S. L.
10. Dr. S. K. A. — Nowa ustawa o praktyce lekarskiej — L. P.
12. Wobec zapowiedzianych zmian w ustawie o Izbach Lekarskich — N. S. L.
13. Projekt nowej ustawy o Izbach Lekarskich — N. S. L.
14. Kosiński i Podwiński. — Krytyka projektu deontologji lekarskiej. W. Cz. L.
15. Mączewski — Jakie błędy popełniają położne najczęściej — P.
16. Matusiak Kodeks deontologji lekarskiej — L. P.
17. Maurek — Akuszerki w zwierciadle swego zawodu i partactwa leczniczego — P. G. L.
18. Rozporządzenie Prezydenta R. P. z dnia 25.IX. 32 o wykonywaniu praktyki lekarskiej — L. P.
19. Szumski — Orzecznictwo w chorobach społecznych — P. G. L.

20. Ustanowienie lekarzy — biegłych sądowych. Rozporządz. Depart. Służby Zdrowia — L. P.
21. Srebrny — Etyka i deontologja lekarska — W. Cz. L.
22. Zamenhof. Projekt nowego kodeksu deontologicznego. W. Cz. L.
23. Starer. Jeszcze o rozporządzeniu Prezydenta Rz. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej i t. d. — Wiad. Kas. Chorych.

XII. VARIA.

1. Encyklopedja Podręczna Prawa Karnego pod red. W. Makowskiego — Z. I. III.
2. Felc — Sprawozdanie z badań osób żywych i dowodów rzeczowych dokonanych w Z. M. S. Un. Warsz. od r. 1923 do 1930 r. włącznie — Cz. S. L.
3. Grzywo - Dąbrowski — Polska Bibljografja kryminologiczna, sądowo - lekarska i działów pokrewnych — W. Cz. L.
4. Grzywo - Dąbrowski — Zakład Medycyny Sądowej Un. Warsz. 1921 — 1930 r. W. Cz. L.
5. Grzywo - Dąbrowski — Sprawozdanie z czynności Z. M. S. Uniw. Warsz. w r. 1931. Cz S. L.
6. Meisel — Grupy krwi a twardziel P. G. L.
7. Olbrycht — Jak powinien lekarz - praktyk przesyłać dowody rzeczowe do badania — Prak. Lek.
8. Sochański — O jednym z najciekawszych typów ludzkich etc. P. G. L.
9. Szarecki — W sprawie przetaczania krwi w wojsku w czasie wojny i w czasie pokoju — L. W.
10. Tomaszewski — Ustosunkowanie ilościowe grup serologicznych u noworodków — Wiedz. Lek.
11. Zalewski — Na marginesie 42 przetaczań krwi w cierpieniach chirurgicznych — L. W.

DR. A. NATANSON.

ORZECZNICTWO GINEKOLOGICZNE I POŁOŻNICZE.

(Według wykładu, wygłoszonego na Kursach Orzecznictwa Lekarskiego, urządzonych przez Państw. Szkołę Higjeny 15.II. — 8.III. 1932).

Orzecznictwo, dotyczące narządów płciowych kobiecych należy do najtrudniejszych dla paru powodów:

1. Sprawność i odporność narządów rodnych zależy w wysokim stopniu od konstytucji i stanu ogólnego. Odwrotnie, zły stan narządów rodnych wpływa ujemnie na stan ogólny. Stosunek ten trudny jest do uchwycenia, należy go jednak uwzględniać w wysokim stopniu przy orzecznictwie dla uniknięcia pomyłek w ocenie wpływu czynnika zewnętrznego np. urazu, a także do stwierdzenia symulacji czy przesady.

2. Różnica między kobietą pracującą zawodowo, szczególnie fizycznie a taką, która zajmuje się wyłącznie prowadzeniem domu i chowaniem dzieci jest bardzo znaczna, o ile chodzi o sprawność i odporność narządów rodnych i musi być w wysokim stopniu uwzględniana przy wydawaniu orzeczeń.

3. Różnica między kobietą, nie żyjącą życiem płciowem a taką, która życie to rozpoczęła, względnie rodziła, jest bardzo znaczna i musi być brana w rachubę przy ocenie stanu kobiety.

4. Narządy rodne leżą przeważnie w małej miednicy i rzadko są dostępne dla urazów zewnętrznych, co w wielu przypadkach nasuwa szereg wątpliwości co do wpływu urazu na stan narządów.

Poza powyżej podanemi okolicznościami gra rolę w orzecznictwie ginekologicznem moment badania w stosunku do miesiączki, ewentualnie ciąży pożądanej lub nie, łatwość w podawaniu w wywiadach szczegółów, których prawdziwości stwierdzić nie można i wiele innych. Wogóle kobieta i jej psychika jest znacznie bardziej pod wpływem stanu narządów płciowych niż mężczyzna, co z jednej strony nadaje większe znaczenie orzecznictwu ginekologicznemu, z drugiej jednak nasuwa szereg wątpliwości w przypadkach pozornie prostych. Bolesność podbrzusza przy sprawach zapalnych chronicznych stała lub napadowa czyni kobietę

znacznie wrażliwszą na uraz czy szkodliwości pracy zawodowej. Odwrotnie, praca zawodowa, szczególnie w pozycji siedzącej wpływa ujemnie na stan narządów rodnych i przez opóźnianie się wzgl. zanik miesiączki czyni kobietę zamężną i niezamężną szczególnie wrażliwą przez obawę ciąży niepożądanej, względnie przedwczesnego przekwitania.

Niezależnie od innych okoliczności okres przekwitania zmienia zasadniczo charakter i usposobienie kobiety i czyni ją podatniejszą na ujemne wpływy urazów czy wstrząsów. Tak samo poród i 1 — 2 doba połogu czynią kobietę niezupełnie poczytalną i nakazują wielką ostrożność w ocenie jej postępków.

Najczęściej podawanym przez kobietę, podlegającą orzeczeniu, objawem jest ból. O ile badanie lekarskie stwierdza przyczynę i miejsce bólu, rzecz jest prosta i trudności nie nasuwa. Często się jednak zdarza, że pomimo pozornie prawidłowego stanu narządów badana uporczywie twierdzi, że odczuwa silne bóle, czy to w związku z miesiączką, czy też w okresie międzymiesiączkowym. W takim przypadku nie powinniśmy podejrzewać kobiety badanej o symulację, bo doświadczenie uczy, że bóle takie istnieją i są do wytłomaczenia podrażnieniem układu współczulnego i zaburzeniami wewnątrz - wydzielniczemi. To też symulacja powinna być stwierdzona faktycznie przez szczegółowe badanie i wywiady, gdyż sam brak wyraźnych danych anatomicznych nie pozwala na stwierdzenie udawania.

Po tych uwagach ogólnych przejdziemy do rozpatrzenia szeregu spraw, w których najczęściej zachodzi potrzeba orzecznictwa ginekologiczno-położniczego. Są to sprawy bardzo różnorodne, na pozór niewspółmierne, ale wszystkie one są związane z życiem narządów rodnych kobiecych i to je skupia w jedną całość.

I. Urazy poza ciążą.

a) dotyczą narządów zewnętrznych. Przedewszystkiem wchodzą tu w grę urazy mechaniczne, a więc uderzenia, pęknięcia, stosunek gwałtowny, szczególnie z pijanym mężczyzną, upadek na twardy przedmiot jak np. mebel, wreszcie cięcia lub ukłucia, zadane własną lub cudzą ręką. Uderzenie wywołuje zwykle duży wylew krwi podskórny, który u kobiet, cierpiących na rozszerzenie żylne może przybrać bardzo duże rozmiary. U takich kobiet może nastąpić pęknięcie żyły czy żylaka nawet bez większego urazu. Pęknięcie takie powoduje nieraz bardzo znaczną utratę krwi, trudną do opanowania i może być niebezpieczne dla stanu ogólnego. Stosunek gwałtowny ma tę cechę, że towarzyszą mu oprócz wylewu podskórnego obrażenia śluzówki bądź warg bądź łechtaczki czy śluzówki pochwy, a nawet pęknięcie sklepienia tylnego. Zmiany te dotyczą zarówno dziewic, jak i kobiet, żyjących życiem płciowem, nawet takich, które rodziły. Upadek na

części rodne wywołuje zmiany, zależne od wysokości, z której upadek nastąpił, od wagi kobiety, która uległa wypadkowi i od kształtu przedmiotu, na który upadek nastąpił. Widzimy tu zmiany od małych wylewów podskórnych aż do zmiażdżenia warg sromnych, przerwanie błony u dziewic, zgniecenia czy porwania łechtaczki i jej ciał jamistych, zniszczenie krocza z przerwaniem odbytnicy, wreszcie przerwanie dolnej części pochwy. Krwawienia bywają bardzo znaczne.

Rany cięte narządów rodnych zewnętrznych nie odznaczają się niczem od takich ran innych części ciała, natomiast ukłucia czy wprowadzania ciał obcych nie są rzadkie i mają miejsce przeważnie w celu samogwałtu. Następstwem tego urazu może być przedostanie się przedmiotu, jak np. szpilki do pęcherza lub pod śluzówkę pochwy, co wywołuje zaburzenia bardzo poważne i wymaga bezwzględnie zabiegu operacyjnego.

W porównaniu z urazami mechanicznemi inne grają znacznie mniejszą rolę; wchodzi tu w grę działanie ciał żrących, jak kwasy, silne roztwory sublimatu, alkalja wprowadzone bądź przez pomyłkę, bądź w celach leczniczych, bądź wreszcie umyślnie przez obcą rękę. Zmiany. wywołane w tkankach nie różnią się niczem od zmian w innych częściach ciała. To samo da się powiedzieć o działaniu wysokiej temperatury i prądu elektrycznego.

Wszystkie te urazy narządów zewnętrznych mają następstwa bezpośrednie i dalsze. O bezpośrednich wspomniałem powyżej. Dalsze bywają niemniej doniosłe i muszą być uwzględnione w orzecznictwie. Są one dwojakiego rodzaju, a mianowicie zakażenia i blizny. Zakażenie nastąpić może bądź przez to, że uraz wykonany został przedmiotem, będącym nosicielem zarazków, bądź, że zarazki znajdowały się na miejscu urazu bądź wreszcie, że leczenie urazu było niewłaściwe i nie ochroniło miejsca urazu od zakażenia wtórnego. Te trzy ewentualności decydują nieraz o odpowiedzialności i dlatego powinny być brane pod uwagę. Zakażeniu sprzyja krwiak podskórny czy podśluzowy, zmiażdżenie tkanek, a także otwarcie dróg limfatycznych czy krwionośnych przez głębokie drążenie narzędzia. Wreszcie uwzględnić należy i to, że obecność ropnej wydzieliny z pochwy może uniemożliwić utrzymanie małej nawet rany w czystości. Wszystkie te okoliczności sprawiają, że rany narządów rodnych zewnętrznych nigdy prawie nie goją się przez rychłozrost i że zawsze mamy do czynienia z zakażeniem mniej lub więcej głębokiem. Następstwem tego sposobu gojenia się są blizny, których rozmiary i znaczenie bywają bardzo różne i które poza zniekształceniem mogą utrudniać prawidłową czynność narządów, a więc przeszkadzać pożyciu, wywoływać zaburzenia w oddawaniu moczu czy kału, wreszcie powodować bóle, nieraz bardzo znaczne.

b) urazy narządów wewnętrznych są znacznie rzadsze. Mechaniczne urazy mogą dotyczyć pochwy, ewent. części pochwowej przy niektórych urazach narządów zewnętrznych, jak gwałtowny stosunek, upadek na twardy a cienki przedmiot, wreszcie wprowadzenie ciał obcych.

Bezpośrednio uraz mechaniczny może spotkać narządy wewnętrzne przy guzach macicy czy jajników, wychodzących z miednicy małej. Torbiel jajnika może pęknąć, co jednak w większości przypadków nie pociąga za sobą następstw poważnych.

Inny charakter mają urazy, działające bezpośrednio na narządy wewnętrzne. Należą do nich przedewszystkiem środki, chroniące od ciąży, a więc miseczki z różnych materjałów, czopki o zawartości żrącej, płukanie tegoż typu. Miseczki przez dłuższe zatrzymywanie wydzieliny z szyi, wzgl. trzonu powodują nieraz sprawy zapalne.

Jeszcze większe znaczenie mają urazy przy przerywaniu ciąży, o czem później mówić będziemy.

Poza powyższemi urazami wywołanie zmian w położeniu macicy i stanu przydatków czy przymacicza zdarza się tylko wtedy, jeżeli stan narządów rodnych był przed urazem niezadawalniający, a więc przy chronicznych sprawach zapalnych albo przemieszczeniu macicy i pochwy wskutek pęknięcia krocza i zniszczeniu dźwigacza odbytu. W tych przypadkach uraz czy znaczny wysiłek może wywołać wypadnięcie macicy wzgl. pochylenie jej ku tyłowi, ewent. zaś wznowienie sprawy zapalnej.

II. Urazy podczas ciąży.

Znaczenie tych urazów większe jest od innych z tego względu, że mogą one wywołać przerwanie ciąży.

Przerwanie ciąży może nastąpić bądź przez wywołanie skurczów macicy czy to bezpośrednio, czy przez krwotok do jamy macicy, bądź przez uszkodzenie macicy lub powłok brzusznych. Mechaniczne pobudzenie ściany macicy jest możliwe nawet jeżeli uraz trwa niedługo, prawdopodobnie przez uszkodzenie mięśniówki. Częściej wszakże następuje po urazie wylew krwi do jamy macicy, a zwiększenie w ten sposób zawartości macicy oraz oddzielenie jaja od ściany macicy wywołuje systematyczne skurcze, które niełatwo dają się uspokoić. Uszkodzenie macicy przy silnych urazach działa z obu powyżej wymienionych względów jeszcze silniej, nie mówiąc już o wywołaniu śmierci płodu czy pęknięcie jaja płodowego, o czem mówić jeszcze będziemy.

O ile przerwanie następuje w pierwszej połowie ciąży, mamy do czynienia z poronieniem, które poza koniecznością udzielenia pomocy powoduje utratę krwi, nieraz bardzo znaczną, nigdy jednak nie niebezpieczną dla życia. Natomiast w drugiej połowie ciąży a szczególnie w ostatnich 3 miesiącach krwawienie samo może pociągnąć za sobą zejście

śmiertelne, a stąd znaczenie urazu w tym okresie jest znacznie większe. Należy wszakże w orzeczeniu uwzględnić tę okoliczność, że krwawienie mogło być zupełnie niezależne od urazu, jeśli np. mieliśmy do czynienia z łożyskiem przodującem albo bezwładem macicy po samoistnym porodzie. Jeżeli objawy wskazują na przedwczesne odklejanie łożyska jako przyczynę krwotoku, to związek z urazem staje się bardziej prawdopodobnym.

W zasadzie przy poronieniach w pierwszych 3 — 4 miesiącach ciąży przypisuje się nadmierne znaczenie urazom, gdyż w wielu przypadkach ścisłe badanie wykazuje, że przyczyną poronienia były zmiany bądź w jaju płodowem, bądź w macicy, a uraz albo żadnej roli nie odgrywał albo najwyżej był okolicznością, wyzwalającą sam fakt poronienia a nie jego przyczyną.

Oddzielną kategorję urazów w związku z ciążą stanowią zabiegi, wykonywane podczas porodu, o ile wykonane są niewłaściwie albo bez słusznego wskazania. Dotyczy to zabiegów, wykonanych przez lekarza albo przez położną, przez tę ostatnią szczególnie, o ile nie była do tego uprawnioną. Do urazów takich należą: niewłaściwe nałożenie kleszczy, obrót, którego następstwem było pęknięcie macicy, odklejanie łożyska z uszkodzeniem macicy i wynicowaniem macicy przez pociąganie za pępowinę, wreszcie znaczne zniszczenie krocza i odbytnicy. We wszystkich tych przypadkach należy bardzo ściśle określić konieczność wykonania zabiegu ze względu na życie rodzącej, gdyż to wskazanie uprawnia do poniesienia pewnego ryzyka wyrządzenia krzywdy zdrowiu dla uratowania życia.

Z urazów w pierwszych miesiącach ciąży najczęstsze są uszkodzenia macicy przy usuwaniu resztek jaja płodowego względnie przerywania ciąży ze wskazań lekarskich. Zachowanie aseptyki zmniejsza w wysokim stopniu niebezpieczeństwo, płynące z tych uszkodzeń i moment ten powinien być brany pod uwagę przy wydawaniu orzeczenia. Niezależnie od stosowania lub nie stosowania aseptyki, zbyt energiczne skrobanie doczesnej może pociągnąć za sobą zanik śluzówki i, co za tem idzie brak miesiączki i niepłodność, szczególnie, jeżeli chora parę razy poddawała się tym zabiegom.

Inne znaczenie mają urazy mechaniczne w czasie ciąży, które działają nie na macicę ale na płód albo narządy rodne zewnętrzne. Możliwość wywołania śmierci płodu przez uraz nie ulega wątpliwości, choć nie jest częsta. Jeżeli przytem jajo nie ulega uszkodzeniu, to następuje rozmiękczenie płodu, które może doprowadzić bez wywołania porodu do tego, że w macicy pozostaje tylko kościec płodu. O ile błony ulegną przy urazie lub potem pęknięciu, to wynikiem jest rozpad płodu i poro-

nienie, względnie poród rozpadłego, gnijącego płodu z ewentualnem zakażeniem matki.

Urazy narządów rodnych zewnętrznych w czasie ciąży mają niełedwie to samo znaczenie, co poza ciążą. O ile jako następstwo urazu, występuje bądź sprawa ropna w sromie, bądź blizna, zwężająca srom, może to być wskazaniem do cięcia cesarskiego, co w czasach obecnych nie zwiększa ryzyka życiowego ciężarnej wcale, albo bardzo nieznacznie.

Wreszcie wspomnieć należy i o roli urazów przy ciąży pozamacicznej. Poważniejsze znaczenie ma tu tylko stosowanie gorących płukań pochwy albo środków, wywołujących skurcze macicy w okresie, kiedy jajo zapłodnione znajduje się jeszcze w jajowodzie. Możliwe jest wtedy zatrzymanie jaja w jajowodzie, przyczepienie się do śluzówki i wytworzenie w ten sposób ciąży jajowodowej z jej następstwami i niebezpieczeństwem.

Trudność stwierdzenia tego w orzeczeniu jest bardzo znaczna i rzadko może pozwolić na ustalenie łączności zabiegów z wytworzeniem ciąży pozamacicznej.

Daleko ważniejsze jest wykonywanie jakiegobądź zabiegu przy ciąży pozamacicznej bez należytego uwzględnienia możliwości jej rozpoznania. Łagodny nawet uraz może wywołać tak znaczny wylew krwi do jamy brzusznej, że śmierć następuje, zanim można byłoby wykonać cięcie brzuszne dla usunięcia jajowodu. W tych przypadkach należy móc udowodnić w orzeczeniu, że objawy kliniczne wskazywały wyraźnie na ciążę pozamaciczną i że zostały przeoczone.

III. Zakażenie.

Zakażenie gra obecnie rolę coraz większą w orzecznictwie, a to zarówno dlatego, że w wielu bardzo przypadkach ono właśnie stanowi o przebiegu sprawy, podlegającej orzeczeniu jak i dlatego, że zainteresowani coraz bardziej są świadomi znaczenia zakażenia w chorobach i leczeniu ich. Z jednej strony przy wielu bardzo urazach nie można zapobiec zakażeniu, z drugiej—drobny nawet uraz nabiera większego znaczenia, jeżeli po nim następuje zakażenie. Dotyczy to w równej mierze urazów mechanicznych, jak i zabiegów leczniczych.

Urazy mechaniczne narządów rodnych wewnętrznych pociągają za sobą prawie bez wyjątku zakażenie wytworzonej rany, o czem już wspominałem i nie można nigdy prawie określić, czy i o ile następstwa zakażenia obciążają osobę, która wykonała uraz czy i tę, która leczyła chorą. Orzeczenie musi ograniczyć się do stwierdzenia faktu, że sam uraz niebezpieczeństwa nie przedstawiał i że ujemne następstwa są wynikiem zakażenia. Narządy rodne wewnętrzne nie różnią się pod tym względem wcale od powierzchni ciała wogóle. Inaczej rzecz się przedstawia, jeżeli chodzi o zabieg leczniczy. W wielu przypadkach można orzec, że za-

bieg, wykonany aseptycznie nie wyrządziłby żadnej krzywdy i że zakażenie jest skutkiem zaniedbania czy lekceważenia, czy wreszcie błędu w postępowaniu. Wobec tego jednak, że wiemy dobrze, iż aseptycznie wykonany zabieg może mieć jako następstwo zakażenie z powodu obecności zarazków w tkankach, czyli niemożności odkażenia organu (np. śluzówki pochwy), wskazana jest znaczna ostrożność w orzeczeniu. Wreszcie trudno jest stwierdzić, czy przed zabiegiem nie było już lekkich objawów zakażenia i czy zabieg nie pogorszył stanu, który już za patologiczny uważać należało. Jako przykład klasyczny przytoczyć mogę opróżnienie macicy po niecałkowitem poronieniu. Zakażenie, które ewentualnie występuje po tym zabiegu może wyniknąć i z obecności zarazków w pochwie lub szyi macicznej, które aseptycznem narzędziem zaszczepione zostaje wgłąb śluzówki i z tego, że w chwili dokonywania zabiegu zarazki znajdowały się już w głębi tkanek i że zabieg nie przeszkodził im w wywołaniu sprawy zapalnej bądź w macicy, bądź w przymaciczu czy otrzewnej.

Poza zjadliwością zarazków i warunkami dostania się wgłąb tkanek musimy w orzeczeniu uwzględnić i słabą odporność organizmu wrodzoną i nabytą, np. przez pracę zawodową. Choroby innych narządów, przebyte krwawienia, wstrząsy operacyjne i t. d. wpływają również ujemnie na odporność organizmu i powiększają zgubny wpływ zakażenia.

Te wszystkie względy stanowią, że orzecznictwo ginekologiczno-położnicze w przypadkach, w których rolę gra zakażenie jest bardzo trudne i winno opierać się na dokładnem zbadaniu wszystkich danych klinicznych dla uniknięcia błędu. Dotyczy to zarówno przypadków z zejściem śmiertelnem, jak i takich, gdzie przebyte zakażenie wywołuje osłabienie znaczne organizmu i stałą albo dłuższy czas trwającą niezdolność do pracy, a nawet choćby uniemożliwienie zajścia w ciążę. Poza bezpośredniemi następstwami zakażenie może wywołać jeszcze pośrednie, które w orzeczeniu powinny znaleźć wyraz. Długotrwałe ropienia czy rozpad tkanek może pogorszyć sprawę chorobową w innym organie np. w płucach czy sercu i wywołać tą drogą następstwa zgubne dla organizmu. Skrzep w żyłach może przez zawał w płucach albo w mózgu spowodować stan nieuleczalny, choć może nie groźny dla życia. To samo dotyczy zapalenia miedniczek nerkowych względnie miąższu nerek jako następstwo długotrwałej sprawy zapalnej narządów rodnych.

Wreszcie wytworzenie się blizn i ewentualne przemieszczenie macicy i przydatków wywołać może i zwykle wywołuje bóle, która trwają lata całe i czynią z kobiety kalekę, działając zgubnie na układ nerwowy i psychikę.

IV. Wstrząsy psychiczne.

Osobną grupę faktów, podlegających orzecznictwu ginekologicz-

no-położniczemu stanowią urazy psychiczne, związane z czynnością narządów rodnych.

Już w dzieciństwie zjawienie się miesiączki wywołuje nieraz znaczny wstrząs niezależny od ilości krwi traconej i bólu, który ewentualnie towarzyszy miesiączce. Z biegiem czasu miesiączka tak włączona zostaje do życia normalnego kobiety, że przerwy czy zmiany innego rodzaju, jak bolesność czy dłuższe lub krótsze trwanie wywierają duże wrażenie. Stosunek miesiączki do ciąży i karmienia jest źródłem szeregu wstrząsów psychicznych. Tak więc przerwa w miesiączce u kobiety, która ciąży nie pragnie, jest ciosem — tak samo, jak zjawienie się miesiączki po przerwie u kobiety, która ciąży pożąda. Tak samo wystąpienie miesiączki u kobiety, która karmi i liczy na niemożność zajścia w ciążę podczas karmienia jest fatalnem wzruszeniem, gdyż wtrąca ją znów w stałą walkę z niebezpieczeństwem zajścia w ciążę.

Wstrząs psychiczny, spowodowany przez poród jest tak znaczny, że, jak to wspominałem już, czyni kobietę na krótki czas niepoczytalną czy mniej poczytalną. Różne okoliczności uboczne, jak życie i płeć dziecka, które się rodzi, zmęczenie długotrwałym porodem, bolesność zabiegów i wiele innych modyfikują wstrząs porodowy, ale go nie znoszą całkowicie.

W okresie przekwitania obawa przed ciążą przy przerwach w miesiączkowaniu, jak również przedwczesne występowanie przekwitania i wynikająca stąd obawa starzenia się działają mocno na psychikę kobiety.

V. Przerwanie ciąży.

W ścisłym związku ze sprawą zakażenia i wstrząsem psychicznym znajduje się sprawa przerwania ciąży i ściśle z nią złączone zapobieganie ciąży. Te dwie kwestje coraz częściej stają się przedmiotem orzecznictwa lekarskiego wobec silnego wzrastania liczby przypadków, a co za tem idzie, i powikłań, wywołujących konieczność poddania sprawy orzecznictwu. Zapobieganie ciąży pozornie powinno wpływać na zmniejszenie się ilości przerywań ciąży, ale rzeczywistość przeczy temu dla powodów bardzo zrozumiałych. Kobieta, która przez dłuższy czas chroni się od ciąży, nie decyduje się na utrzymanie ciąży, która wypadkiem następuje i przerywa ją w znacznej większości przypadków. Obie metody walki z ciążą i rozrodczością ogarniają coraz to szersze kręgi i liczba powikłań, będących następstwem tej walki, rośnie niepomiernie. Zapobieganie ciąży pociągnąć może niepożądane następstwa bądź wskutek wadliwego zakładania miseczek czy innych przyrządów, o czem już poprzednio wspominałem, bądź przez ujemne działanie środków przyżegających, używanych do płukań.

Daleko częstsze i poważniejsze jest działanie przerywania ciąży,

wykonywanego z wskazań osobistych. Karalność tego zabiegu powoduje wykonywanie go przez położne lub lekarzy o słabych kwalifikacjach i to w warunkach nieodpowiednich. Następstwa ujemne wynikają z dwuch względów, a mianowicie z urazu i z zakażenia.

Uraz przy przerywaniu ciąży polega bądź na uszkodzeniu ściany macicy, bądź na zbyt mocnem usuwaniu doczesnej.

Najczęstszem uszkodzeniem macicy jest przedziurawienie ściany bądź zgłębnikiem lub łyżeczką, czemu sprzyja miękkość ściany i niedostateczny skurcz podczas zabiegu. Po usunięciu całego jaja macica zwykle kurczy się mocno, jeśli jednak część jaja pozostanie w jamie, macica znajduje się w stanie rozkurczu, co wywołuje krwawienie i ułatwia przebicie ściany. Następstwem przebicia ściany może być uszkodzenie innych narządów jamy brzusznej, jak kiszek czy sieci z następczym krwotokiem albo zakażenie przez zarazki, znajdujące się w narządach rodnych lub kiszkach, jeśli te zostały uszkodzone. Niewątpliwie, w szeregu przypadków uszkodzenie ściany macicy nie wywołuje żadnych następstw niepożądanych i fakt uszkodzenia nie zostaje nawet stwierdzony, ale to nie zmniejsza wcale znaczenia tego powikłania i w orzeczeniu, dotyczącem przerwania ciąży wspomnieć o tem zawsze należy.

Drugim urazem, mniej narazie niebezpiecznym, ale w następstwach swych nieraz bardzo przykrym jest zniszczenie śluzówki macicy przez zbyt energiczne, względnie zbyt częste skrobanie w celu opróżnienia macicy. W wyniku tego urazu otrzymujemy w wielu przypadkach zanik macicy, ustanie miesiączki, a po dłuższym czasie i pewną niedomogę jajników, co się bardzo ujemnie odbija na stanie ogólnym kobiety. Jasnem jest, że taki zanik macicy nie daje się usunąć i że musi być uważany za kalectwo.

Przy wydawaniu orzeczenia w takich sprawach należy zwracać uwagę na typ miesiączki u danej kobiety. Skłonność do opóźniania się miesiączek, późne ich wystąpienie, krótkie trwanie i skąpe utraty krwi mogą być cechą konstytucyjną i w takich przypadkach bez skrobania może nastąpić wczesny zanik miesiączki, a z drugiej strony prawdopodobieństwo ciąży jest nieduże i opóźnienie miesiączki niesłusznie jest uważane za dowód obecności ciąży. Wiek kobiety musi być również brany pod uwagę, gdyż około roku 40-go i po 40-ym nawet łagodne opróżnianie macicy może spowodować utratę miesiączki.

Jeżeli po jednym czy paru zabiegach dla przerwania ciąży miesiączka ulega zmniejszeniu, nie ustając zupełnie, to jednak możliwość dalszych ciąży zmniejsza się znacznie, co może być narazie pożądane, może jednak być z czasem źródłem zaburzeń psychicznych, kiedy ciąża staje się pożądana, a jest niemożliwa.

Daleko cięższe bywają następstwa zakażenia przy przerywaniu

ciąży. Źródło zakażenia może tkwić w narządach rodnych tak, że zarazki dostają się w głąb organizmu przez zabieg, wykonany zupełnie aseptycznie, albo zarazki wprowadzone zostają do narządów rodnych przez rękę czy narzędzia nieaseptyczne. W obu wypadkach następstwa mogą być groźne dla życia i zdrowia kobiety, niezależnie od źródła zarazków. Sluzówka macicy przez obecność krwi i otwartych naczyń krwionośnych stwarza warunki, sprzyjające rozwojowi zarazków i od trudnych do stwierdzenia okoliczności zależy, w którym kierunku i jak daleko posunie się zakażenie. Po opróżnieniu macicy w początku ciąży może wystąpić proces zakaźny we wszelkiej postaci i natężeniu, nie różniący się wcale od najcięższych zakażeń poporodowych ani pod względem przebiegu ani w ostatecznym wyniku. Stan macicy samej może być zbliżony do normalnego, co pozwala nieraz na powstanie wątpliwości, czy ciężka postać zakażenia znajduje się w związku z poronieniem, ale wyniki sekcyjne przeważnie związek ten stwierdzają. Nierzadko znajdujemy przy sekcji stare zmiany, wyjaśniające wątpliwości, które się nasuwały na podstawie badania klinicznego. Stwierdzamy mianowicie, że obok macicy, zwiniętej prawie całkowicie znajdują się drobne ropnie w drogach limfatycznych albo nawet żyłach, idące od przymacicza wysoko w górę. Drobne te ropnie stanowią ognisko, z którego toksyny a nawet grupy zarazków dostawały się do ogólnego krążenia i były przyczyną ciężkiego stanu chorej, a nieraz i zejścia śmiertelnego.

Jasnem jest, że nie możemy nigdy orzec, dlaczego w danym przypadku taki a nie inny obrót wzięła sprawa zakaźna. Stąd płynie jednak wskazówka, że w orzeczeniu w takich przypadkach nie należy przypisywać zbytniego znaczenia faktowi, że między zabiegiem, a ciężkiem stanem zakażenia upłynął czas, przeważnie uważany za zbyt długi. Tylko stwierdzenie obecności innego źródła zakażenia może pozwolić na uchylenie przypuszczenia i związku między zabiegiem a zakażeniem. Co do następstw dalszych przebytego zakażenia poza ogólnem osłabieniem i zmniejszeniem zdolności do pracy mogą istnieć bóle, dające się z trudnością opanować czy usunąć, a jeśli miało miejsce ropienie w jajowodzie, może zajść konieczność poważnego zabiegu operacyjnego dla usunięcia ropniaka. Ten zabieg zmniejsza ze swej strony zdolność do pracy, co musi być uwzględnione w orzeczeniu.

VI. Śmierć nagła przy porodzie.

Wypadek taki, niezbyt częsty coprawda, daje zawsze prawie powód do orzeczenia lekarskiego i dlatego zasługuje na rozpatrzenie. Jeżeli chodzi o śmierć podczas porodu, to dwa mogą być tego powody: 1. zator powietrzny w sercu i 2. rozkurcz serca przy wadzie zastawkowej. Przedostanie się powietrza do żył miejsca łożyskowego i wciągnięcie go do

serca może nastąpić nawet bez zabiegu , ten ostatni wszakże jest okolicznością sprzyjającą. Sekcja wykazuje wtedy z całą pewnością przyczynę śmierci, z czego wszakże nie może sądzić o czyjejbądź winie i w tym duchu powinno brzmieć orzeczenie. Co do nagłego rozkurczu serca przy wadach zastawkowych, najczęściej przy zwężeniach, to może ono nastąpić i zawsze prawie następuje bez powodu zewnętrznego, a więc bez czyjejbądź winy. Śmierć taka ma miejsce bądź zaraz po porodzie, czy nawet przed odejściem łożyska, jako następstwo zmienionych warunków krążenia, bądź w połogu i to nawet w drugim tygodniu, a więc wtedy, kiedy macica nie gra już żadnej roli w krążeniu. I tu sekcja, o ile zostaje wykonana, ujawnia przyczynę nagłego zgonu. Dla wydania orzeczenia konieczne jest wykonanie sekcji, gdyż bez tego żadnej opinji lekarz nie powinien wydawać.

Poza temi najczęstszemi powodami nagłej śmierci przy porodzie może jeszcze zdarzyć się pęknięcie macicy z tak silnym krwotokiem wewnętrznym z powodu przerwania tętnicy macicznej, że zapaść i śmierć następują prawie tak szybko, jak przy powyżej opisanych powikłaniach.

VII. Ojcostwo.

Sprawa ojcostwa, nader zawiła i trudna może być przedmiotem orzeczenia lekarskiego bardzo rzadko, gdyż żadnego dowodu przeprowadzić nie można, nie mówiąc już o tem, że poszukiwania ojcostwa jest przez prawo uniemożliwione. W sensie ujemnym może być przedmiotem orzeczenia lekarskiego przeprowadzenie dowodu, że dany noworodek nie może być dzieckiem tego ojca, którego matka podaje. Dowód polega na określeniu grupy krwi przypuszczalnego ojca i matki dla stwierdzenia, że dana kombinacja grup nie daje możności zapłodnienia.

Wszelkie inne sprawy, dotyczące ojcostwa mają charakter prawny i orzecznictwu ginekologicznemu nie podlegają.

VIII. Praca zawodowa.

Praca zawodowa ma wielkie znaczenie w orzecznictwie lekarskiem wogóle, a przeto i w orzecznictwie ginekologicznem dla dwuch względów; 1. ze względu na materjał ludzki, podlegający orzecznictwu i 2. ze względu na zachorowanie, którego jest przyczyną.

Liczba osób, które trudnią się pracą zawodową i przeto należą wraz z rodzinami do zrzeszeń czy instytucji, udzielających im z tego tytułu pomocy lekarskiej i innych świadczeń z zakresu zdrowia indywidualnego czy zbiorowego, zwiększa się bezustannie i dosięga w wielkich miastach do 80 — 90% ludności. Jasnem jest, że w tych wielkich sku-

pieniach zachodzą wszelkie wypadki życiowe, które, wymagając interwencji lekarskiej, podlegają eo ipso i orzecznictwu lekarskiemu. To też np. lecznictwo Kasy Chorych obejmuje już wszystkie dziedziny medycyny, a przez to i wszystkie sprawy czy konflikty stąd wynikające. Jeżeli chodzi o orzecznictwo ginekologiczne, to zakres jego zwiększa się i zwiększać będzie bardzo szybko dzięki wpływowi pracy zawodowej na stan narządów rodnych kobiet, jak się o tem wkrótce przekonamy.

Zachorowania, wynikające z pracy zawodowej, są różnego znaczenia i nie wszystkie mają specjalne umiejscowienie w narządach rodnych, ale i te, które obejmują cały organizm pracownicy odbijają się na życiu tych narządów. Nie chodzi tu bynajmniej o pracę fizyczną, jako taką, gdyż większość kobiet przeważnie oddawało się jej, prowadząc gospodarstwo domowe i zajmując się dziećmi. Ważne są warunki tej pracy, a mianowicie: 1) miejsce i czas pracy, a więc warunki higieniczne fabryki, czas przebywania w dzień czy w nocy, z przerwami czy bez nich, w każdym razie zdala od domu, 2) natężenie pracy, a więc pozycja i szybkość, a także jednostajność, które to okoliczności wpływają na przemęczenie pewnych grup mięśni, na rozciąganie się pewnych więzadeł, a także na powstawanie rozszerzeń żylnych, 3) trujące działanie materjałów, używanych przy fabrykacji, o czem później mówić będziemy, wreszcie 4) wypadki przy pracy, które odpowiadają opisanym powyżej urazom.

Z powyższego wynika, że w orzecznictwie ginekologicznem ceteris paribus należy w wysokim stopniu uwzględniać zatrudnienie kobiety, o której się wydaje orzeczenie. Ten sam czynnik szkodliwy wywiera różny wpływ, zależnie od tego, w jakich warunkach organizm podlega temu wpływowi, jaka jest jego odporność wrodzona i nabyta.

Już w wieku dziecięcym i młodzieńczym praca zawodowa wywiera wpływ ujemny, a mianowicie zahamowany zostaje rozwój narządów rodnych tak, iż pochwa pozostaje wąska, macica jest mała, miednica często ogólnie zwężona, jajniki niewydolne. Równorzędnie idzie z tem ogólny obraz astenji, łatwiejsza zachorowalność. Słabszy rozwój układu kostnego, a więc i miednicy odbija się potem na przebiegu porodów, co do których wszystkie statystyki stwierdzają znaczne zwiększenie się liczby wąskich miednic i, co za tem idzie, liczby porodów operacyjnych (cięcie cesarskie, wymóżdżenie, kleszcze). Że zaś porody operacyjne zwiększają i śmiertelność i zachorowalność kobiet, że zmniejszają zdolność do pracy czasową i stałą, że stawiają większe wymagania od Kas Chorych czy innych instytucji pod względem opieki nad położnicą i karmiącą, że wreszcie odbijają się ujemnie na zdrowiu i odporności noworodków, jasnem jest, że już ten szczegół, jakim jest słaby układ kostny, pozostając pod wpływem złych warunków u dojrzewają-

cych dziewcząt pociąga za sobą cały szereg ujemnych następstw i musi być przedmiotem starannego rozważania w orzecznictwie.

U kobiet dorosłych praca zawodowa wywiera wpływ ujemny pod wielu względami, które rozpatrzeć musimy szczegółowo. Wogóle śmiertelność i zachorowalność u kobiet pracujących jest wyraźnie większa, niż u nie pracujących. Stwierdzają to różne statystyki wszystkich krajów na podstawie danych, otrzymanych przy wywiadach. Niezależnie od tego praca zawodowa wywiera wpływ ujemny na ciążę, poród i połóg, jak to zobaczymy poniżej. Działają tu wszystkie ujemne strony pracy zawodowej, a więc i mechanika i własności trujące środków chemicznych, używanych przy pracy. Wpływ ten jest wyraźny pomimo, że kobiety pracujące lepiej są pielęgnowane w okresie rozrodczości niż kobiety niepracujące, mając zapewnioną bezpłatną pomoc i zwolnienie od pracy na czas dłuższy. O ujemnym wpływie specjalnie w okresie rozrodczości świadczą wyniki statystyki, stwierdzające, że przeważnie niezamężne mniej chorują niż zamężne i że pracujące w okresie od 25 — 35 lat więcej chorują i umierają.

Jeżeli chodzi o zmiany anatomiczne, to są one dwojakiego rodzaju: 1. zmiany w położeniu narządów rodnych i 2. zmiany zapalne. Do pierwszych należą przeważnie opuszczenia i wypadnięcia, wywołane przy ogólnym stanie astenicznym przez wysiłki przy pracy, pracę siedzącą i zatwardzenie, wczesne wstawanie po porodzie i złe warunki gojenia się pęknięć po porodzie.

Sprawy zapalne powstają przeważnie pod wpływem trucizn albo mechanicznego podrażnienia jak np. u pracujących w fabrykach tytoniowych wzgl. w pyle metalicznym. Te ostatnie warunki sprzyjają rozszerzeniu się gruźlicy, która wywiera ujemny wpływ i na narządy rodne.

Bezpośredni wpływ ujemny jest do zanotowania u pracujących w pracowniach rentgenologicznych, gdzie promienie po dłuższym czasie działają niszcząco na jajniki.

Stosunek pracy zawodowej do rozrodczości jest już obecnie jasny, gdyż dane statystyczne wszystkich krajów zgadzają się pod tym względem. Wpływ jest ujemny, gdyż rozrodczość w miastach, szczególnie fabrycznych jest wyraźnie mniejsza, niż na wsi, pomimo naogół złych warunków odbywania porodu na wsi. Jednocześnie widzimy, że kobiety, pracujące poza domem rodzą mniej, niż te, które bądź pracują w domu, bądź wcale nie pracują.

Zmniejszenie się rozrodczości wynika poza unikaniem ciąży, które jest łatwiejsze w większych zbiorowiskach — z większej liczby poronień sztucznych czy samoistnych, z większej liczby martwych płodów, wreszcie z większej śmiertelności noworodków. Wszystko to ma miejsce pomimo, że, jak już wspomniałem, kobiety pracujące mają zapewnioną

lepszą pomoc w ciąży i przy porodzie. Działają więc w tym kierunku czynniki, osłabiające bądź kobietę ciężarną, bądź płód. Jak nas statystyka poucza, najsilniej działa ujemnie na rozrodczość praca w zakładach czy fabrykach, gdzie pracownice narażone są na wpływ trucizn chemicznych.

Do najsilniejszych trucizn należy ołów, używany w przemyśle drukarskim, metalowym i innych. Szczegółowe badanie przebiegu poronień i porodów u pracownic zatrutych ołowiem nakazuje przypuszczać, że ołów działa przedewszystkiem na jajo, zmniejszając jego zdolność do rozwoju i doprowadzając do zamarcia. Pozatem jednak wpływ ujemny ołowiu na układ nerwowy i mięśniowy sprawia, że poród przebiega wolniej przy pewnej niewydolności macicy i że ilość pokarmu jest zwykle niedostateczna, co się odbija na śmiertelności niemowląt. Podobny wpływ mają fosfór, rtęć, siarczek węgla i inne rzadziej wchodzące w grę ciała. O wpływie tytoniu wspomniałem poprzednio. Że mamy do czynienia z własnościami trującemi bardzo silnemi dowodzi, poza ogólną statystyką, często stwierdzany fakt, że usunięcie się z pod wpływu tych trucizn przez zmianę zajęcia wywołuje bez specjalnego leczenia znaczną poprawę w stanie ogólnym i czynnościach narządów rodnych.

Dla pełnego zobrazowania znaczenia pracy zawodowej zastanowić się należy nad różnicą między pracą fabryczną i chałupnictwem. Pozorna wyższość chałupnictwa, za którem przemawia możność łączenia pracy z opieką nad domem i dziećmi oraz niepoddawania się wpływom ujemnym warunków pracy fabrycznej zrównoważone jest przez strony ujemne. Praca chałupnicza trwa znacznie dłużej, niż fabryczna, której normą jest 8 godzin. Praca ta odbywa się w mieszkaniu ciasnem, źle przewietrzanem, przeważnie niskiem i źle oświetlonem, w powietrzu pełnem wyziewów kuchennych i zanieczyszczonem oddechami całej rodziny. Pomoc lekarska jest zwykle niewystarczająca, spokój w chorobie i zwolnienie od zajęć niedostateczne, opieka przy porodzie i w połogu słaba. Pomimo to kobiety chętnie wyrzekają się pracy fabrycznej dla chałupnictwa, gdyż pociąga je możność opieki nad dziećmi i domem. Z punktu widzenia lekarskiego lepsza jest niewątpliwie praca fabryczna i należy to mieć na uwadze przy wydawaniu orzeczeń.

Jeszcze jeden punkt podnieść należy, a mianowicie stosunek pracy zawodowej do życia płciowego.

Nie ulega wątpliwości, że praca fabryczna sprzyja wczesnemu i silniejszemu życiu płciowemu. Przykład, rozmowy, obecność przy pracy obu płci, rodzaj pracy, wymagającej nieraz systematycznych ruchów w pozycji siedzącej, wpływ niektórych czynników, jak tytoń, działający pobudzająco, wszystko to sprawia, że życie płciowe pracownic fabrycznych jest znacznie żywsze, niż uprawiających chałupnictwo, nie mówiąc

już o tem, że chałupnictwo jest przeważnie uprawiane przez kobiety zamężne i dzietne.

Powyższy krótki szkic związku między pracą zawodową i zdrowiem kobiety a szczególniej jej narządów rodnych przekonywa, że naogół praca zawodowa odbija się źle na sprawności tych narządów i że sama stanowi czynnik, ułatwiający szkodliwe działanie wszystkich spraw, o których powyżej mówiłem, a więc urazów, zakażeń, wstrząsów psychicznych i t. d.

Praca zawodowa umysłowa nie związana przepisami biurowemi ani fabrycznemi, a więc dowolnie długa i natężona, wykonywana w warunkach dobrych wpływa ujemnie na życie narządów rodnych tylko w razie przesadnie długiego trwania, braku wypoczynków i lekceważenia wskazań higjeny. Najczęściej widzimy wpływ szkodliwy pracy umysłowej u studentek, które w okresie dojrzewania płciowego spędzają dnie i noce na pracy w pozycji siedzącej w warunkach niezawsze odpowiednich. I u tych dziewcząt stwierdzamy ujemny wpływ na miesiączkę, zjawianie się fluor albus esentialis, nieraz nawet dłużej trwające przerwy w miesiączce.

IX. Ubezpieczenia prywatne albo przymusowe.

Na podstawie powyższych wywodów można ustalić pewne wskazówki co do orzecznictwa położniczo - ginekologicznego, które jednak w większości przypadków jest częścią orzecznictwa ogólnego. O ile stwierdzenie uszkodzenia czy choroby jest łatwe i nigdy prawie nie przedstawia trudności większych, o tyle określenie stopnia zmniejszenia zdolności do pracy i trwania tego zmniejszenia są trudne, bo oprócz samego cierpienia czy uszkodzenia wchodzi w grę szereg warunków życia i pracy, o których mówiliśmy wyżej, które sprawić mogą, że cierpienie samo przez się niegroźne dla zdrowia, wywołuje np. bóle tak uporczywe i silne, że zmniejsza w bardzo wysokim stopniu sprawność życiową i zdolność do pracy.

Wszystko, co wywołuje wznowienie sprawy rzeżączkowej lub powiększa skłonność do wypadania macicy, albo przez wywoływanie poronienia naraża zdrowie i życie kobiety, wszystko to musi być brane pod uwagę w orzeczeniu, czego w innych dziedzinach medycyny i orzecznictwa nie widzimy. Stąd płynie wniosek, że orzecznictwo ginekologiczne winno bardziej, niż inne uwzględniać stan narządów rodnych przed wypadkiem czy chorobą i ich sprawność, oraz warunki życia kobiety badanej. Lekkie nawet uszkodzenie może wywołać poważne zaburzenia w narządach rodnych, a ponieważ kobieta żyje pod przemożnym wpływem tych narządów, może to wpłynąć bardzo ujemnie na całe jej życie.

DR. TAMARA SZARBE — Moskwa.

O NAGŁEJ ŚMIERCI WE WCZESNYM WIEKU DZIECIĘCYM.

Określenie przyczyny nagłej śmierci we wczesnym wieku dziecięcym, a zwłaszcza odróżnienie śmierci naturalnej od gwałtownej w pewnych warunkach może być bardzo utrudnione nawet dla fachowego lekarza sądowego.

Z jednej strony śmierć nagła dziecka z wyglądu zdrowego jest zjawiskiem dość rzadkiem i w tych przypadkach przeważnie znajdujemy zmiany, które były powodem śmierci. Istnieją jednak przypadki notowane oddawna, gdzie nie mamy cech śmierci gwałtownej i bardzo szczegółowa sekcja zwłok łącznie z badaniem mikroskopowem nie może wykryć przyczyny śmierci.

Schorr i inni autorzy twierdzą, że zdarzają się przypadki t. zw. debilitas vitae. W ostatnich latach badania nad śmiercią we wczesnym wieku dziecięcym wykazują, że śmierć wskutek debilitas vitae spotyka się dość rzadko nawet u dzieci niedonoszonych. Co do różniczkowego rozpoznania między śmiercią naturalną i gwałtowną, to opiera się je na braku uszkodzeń urazowych, zmian wskutek otrucia i uduszenia. Czasami sekcja zwłok wykazuje tylko objawy asfiksji w postaci wylewów krwawych do narządów wewnętrznych (w większości dotyczy to płuc, serca, grasicy, rzadziej wątroby i śledziony). Jeżeli na szyi niema śladów duszenia to, naturalnie, nasuwa się myśl, że dziecko zmarło wskutek zatkania dróg oddechowych miękkim przedmiotem. Niektórzy autorzy określają tą śmierć jako śmierć wskutek asfiksji bez tłomaczenia mechanizmu. Na XII międzynarodowym kongresie medycyny w Moskwie w r. 1893 Strassman podkreślił, że nie można wogóle ustalać anatomicznego rozpoznania ,,śmierć wskutek asfiksji". W większości przypadków gdy śledztwo nie daje podstaw do podejrzewania śmierci gwałtownej i gdy niema widocznych zmian w narządach noworodka, w niektórych przypadkach rozpoznaje się zmniejszoną zdolność do życia, zaś u osesków — zaburzenia w przemianie materji. Jeżeli takie wnioski mogą być wysnuwane w tych przypadkach, kiedy bezwzględnie niema danych na śmierć gwałtowną (np. jeżeli dziecko było pod opieką lekarską) to jed-

nak należy być b. ostrożnym w tych przypadkach, gdy zwłoki dostarczone są wprost z mieszkania, bądź też ekshumowane, jak również i wtedy, gdy brak jest aktów śledztwa i gdy przypadki te dotyczą dzieci zdrowych, dobrze rozwiniętych i gdy niema zmian anatomicznych, makro- i mikroskopowych, któreby tłomaczyły zejście śmiertelne.

Ilustracją powyższego może być przypadek niżej podany.

Dnia 29 kwietnia 1932 r. dostarczono zwłoki dziewczynki S. 10-miesięcznej zmarłej 25.4.32 i na mocy rozporządzenia władz sądowych ekshumowane 28.4.32. W piśmie dostarczonem przez milicję było powiedziane, że 24.4.32 dziewczyna ta była zdrowa, o godzinie 17 — 18 nagle zachorowała a o godzinie 5 rano znaleziono ją w kolebce martwą. Istniało podejrzenie, że dziecko zostało otrute przez matkę, która „żyje" z pewnym osobnikiem i chciała się pozbyć dziecka pod wpływem namowy kochanka; wypowiedziano także przypuszczenie, że dziecko mogło umrzeć wskutek wstrząsu mózgowego, gdyż 24.4.32 wypadło z kołyski i przy upadku uderzyło się główką o podłogę.

Wyciąg z sekcji w skróceniu przedstawia się jak następuje: zwłoki dziecka płci żeńskiej, długości 68 cm. obwód główki 44 cm. obwód klatki piersiowej 42 cm. Skóra sprężysta, tkanka podskórna dobrze rozwinięta, grubości na klatce piersiowej 5 mm. na brzuchu 8 mm. Na szyi i kończynach górnych wydatne fałdy tłuszczowe. Twarz blada, wargi bladoróżowe, nie zsiniałe. Plam opadowych na tułowiu niema, natomiast umiejscowione są na szyi i biodrach, koloru bladoczerwonego. Uszkodzeń urazowych na ciele nie stwierdzono. Naczynia krwionośne szyi, przepełnione krwią, migdałki powiększone, ropy nie zawierają, jama ustna zmian nie wykazuje. Aparat chłonny języka przerośnięty, grasica wagi 14 gr. Błona śluzowa tchawicy blada, płynu pienistego nie zawiera. (badanie bakterjologiczne wykazało pałeczki rzekomo - błonicze). Błona śluzowa przełyku zmian nie wykazuje. Płuca wypełniają jamy opłucnowe, są duże, powietrzne, suche, bladoszarego koloru, lewe płuco bardziej blade niż prawe. Miąższ płucny bladoszaroróżowy, z przekroju naczyń krew nie wycieka; stwardnień w płucach nie znaleziono, pod opłucnemi wybroczyn krwawych nie stwierdzono. W komorach serca po łyżce stołowej płynnej krwi, mięsień sercowy bez zmian chorobowych. W jamie brzusznej stwierdzono, że żołądek jest wzdęty, zawiera 40 cm.^{3} płynu białawego bez zapachu o odczynie obojętnym, błona śluzowa żołądka blada, bez fałd, surowicówka żołądka również blada. Trzustka bez zmian chorobowych. Wątroba o wymiarach 18 × 11 × 10 cm. wagi 385 gr. miąższ wątroby jędrny, żółtoróżowoszarego koloru; pęcherzyk żółciowy bez zmian chorobowych. Śledziona o wymiarach 10 × 5 cm. wagi 46 gr. bladofijołkowego koloru, w miarę jędrna i krwista. Nerki przekrwione, zwłaszcza prawa o wymiarach 7 × 3,5 cm. wagi 32 gr. każda.

Rysunek miąższu nerek na przekroju nieco zatarty. Jelita cienkie w górnej części wzdęte zawierają treść żółtego koloru z nieco jaśniejszemi grudkami, środkowa część jelit cienkich zapadnięta, część dolna wzdęta, zawiera żółte grudki kału, pomieszane ze śluzem. Zawartość jelit grubych półpłynna, barwy zielonkawej. Śluzówka jelit cienkich i grubych dobrze ukrwiona, gruczoły krezki powiększone. W obrębie kości czaszki uszkodzeń nie stwierdzono. Tkanka podskórna i opona twarda dobrze ukrwione, naczynia opon miękkich nastrzykane, wylewów krwi nie stwierdzono. Istota mózgowa półpłynna. Kości podstawy czaszki nieuszkodzone.

Z powodu braku takich zmian chorobowych, któreby tłomaczyły zejście śmiertelne, następujące narządy wzięto do badania mikroskopowego: dwa kawałki płuc, dwa kawałki wątroby, część nerki, część żołądka i gruczoły chłonne. W orzeczeniu tymczasowem powiedziano, że sekcja zwłok nie wykazała takich zmian chorobowych, któreby tłomaczyły zejście śmiertelne; nie stwierdzono również zmian przemawiających za zatruciem ani nie znaleziono uszkodzeń urazowych, stwierdzono natomiast nieznaczne zmiany w narządach, przemawiające za jakąś infekcją oraz przekrwienie narządów wewnętrznych.

Orzeczenie to było podane władzom śledczym telefonicznie, na co otrzymano zawiadomienie, że matka dziecka jest aresztowana i przyznała się, że dziecko utopiła. Wobec sprzeczności pomiędzy wynikiem sekcji i zeznaniem matki, matka zmarłego dziecka była przesłuchana przez lekarza sądowego w obecności sędziego śledczego, przyczem okazało się, że oskarżona, lat 20, nazwiska ojca zmarłego dziecka nie wie, że stosunek z nim był przypadkowy i nietrwały. Sześć miesięcy temu nawiązała ona bliższe stosunki z drugim mężczyzną X. który oświadczył jej, że gotów jest się z nią ożenić, gdyby nie było dziecka. Siostra oskarżonej chciała wziąć dziecko na wychowanie, gdyż kochała wogóle dzieci, a swoich nie miała. X. nie zgadzał się na to, tłomacząc, że po roku lub dwuch siostra może im dziecko zwrócić. Wobec tego oskarżona chciała w jakiś sposób pozbyć się dziecka, nie zadając mu śmierci, chciała go oddać do internatu, lecz tam dziecko nie zostało przyjęte, ponieważ matka była zdolna do pracy. Gdy więc 24.4.32 dziecko zachorowało, (katar, kaszel, rozwolnienie) powzięła myśl wykorzystania tej okoliczności, aby pozbyć się dziecka. W tym celu 25.4 o godzinie 3 w nocy, kiedy wszyscy spali, wzięła dziecko z kolebki, rozebrała je do naga, zawinęła w kołderkę i wziąwszy ze sobą koryto, poszła do stawu skąd nabrała lodowatej wody, na dworze było b. zimno — następnie zanurzyła do koryta nagie dziecko, trzymając je za ręce i nogi twarzą do góry i przez kilka sekund pozostawiła je pod powierzchnią wody. Dziecko wyjęte z wody jeszcze żyło ale bardzo chrypiało. Matka zawinęła je w kołdrę, przyniosła do do-

mu, ubrała w suchą bieliznę i położyła z powrotem do kolebki, gdzie dziecko po 10 minutach zmarło. Wówczas matka położyła się do łóżka udając śpiącą. Rano o godzinie 5-ej siostra zauważyła, że dziecko zmarło. Ponieważ poprzedniego dnia było chore więc sąsiedzi nic nie podejrzewali i dnia 28.4. dziecko pogrzebano.

Po 10-iu dniach otrzymano rezultat badania mikroskopowego narządów, przyczem stwierdzono, że w płucach pęcherzyki płucne przeważnie były bez zmian, w jednym kawałku płuca znaleziono ognisko serowate oraz pojedyńcze guzki, gdzieniegdzie w oskrzelach ropa, obok tych oskrzeli pęcherzyki nieco rozszerzone. Rysunek nerki dobrze wyrażony, nabłonek kanalików gdzieniegdzie obrzmiały. Wątroba tłuszczowo nacieczona; trzustka bez zmian. Histolog wydał orzeczenie, że zmiany gruźlicze w płucach oraz zapalenie oskrzelików mogło spowodować śmierć.

Przyznanie się matki wyjaśniło właściwą przyczynę śmierci; gdyby tego nie było przypadek ten byłby rozpoznany jako śmierć naturalna wskutek gruźlicy.

Mikroskopowe zmiany znalezione w narządach, nie mogły być powodem niespodziewanej śmierci zdrowego i naogół dobrze rozwiniętego dziecka. Nieznaczne zmiany wątroby i nerek, stwierdzone makroskopowo, wskazują, że dziecko zmarło w początkach rozwoju jakiejś infekcji (odra, szkarlatyna, dyfteryt i t. p.). Brak warunków, któreby mogły mieć wpływ na gwałtowny rozwój infekcji nasuwało przypuszczenie, że przyczyną śmierci w danym przypadku nie była infekcja, a co innego. Przyznanie się maki ustaliło, że przyczyną śmierci było działanie zimnego powietrza i wody. Śmierć z utopienia w danym przypadku nie miała miejsca, ponieważ, jak wynikało z sekcji, woda nie przedostała się do dróg oddechowych, gdyż dziecko zbyt krótko znajdowało się pod powierzchnią wody i było wyjęte przed końcem pierwszego okresu utopienia (okres zatrzymania oddechu).

Ostateczna opinja w tym przypadku brzmiała, że śmierć nastąpiła wskutek umyślnego oziębienia ciała.

W powyższym wypadku zadanie lekarza było znacznie uproszczone wobec przyznania się matki, należało tylko dać odpowiednie wyjaśnienie w związku z wynikiem sekcyjnym.

W praktyce sądowo-lekarskiej znane są i inne przypadki, gdzie brak jest zmian chorobowych zarówno makro i mikroskopowych w wypadku zaduszenia przypadkowego dziecka podczas snu (tego rodzaju przypadkowe zaduszenie nie podlega karze); gdy matka do winy się nie przyznaje, w takich razach zadanie lekarza sądowego jest znacznie utrudnione. Przytoczymy tu następujący przykład:

22.4. dostarczono zwłoki dziecka 4-miesięcznego, które zmarło nagle 21.4 w mieszkaniu prywatnem. Dziecko nigdy nie chorowało i o pomoc lekarską dla niego nie zwracano się. Sekcja wykazała co następuje:

Zwłoki dziecka płci męskiej, długości 57 cm. Obwód główki 40 cm. klatki piersiowej 32 cm. Tkanka tłuszczowa dobrze rozwinięta, skóra blada, plam opadowych niema. Pod opłucnemi i pod nasierdziem oraz pod torebką grasicy znaczne wylewy krwawe. Śluzówka gardzieli blada, migdałki niepowiększone. W lewej komorze serca wiotkie skrzepy czerwone, w prawej komorze nieco płynnej krwi. Mięsień sercowy i zastawki bez zmian chorobowych. Płuca miernie ukrwione, puszyste, miąższ płucny bez zmian chorobowych. Śledziona powiększona, wiotka. Wątroba lewym brzegiem sięga lewego podżebrza, miąższ wątroby wiotki z żółtemi ogniskami. W pęcherzyku żółciowym nieco żółci. Nerki dobrze ukrwione bez zmian chorobowych, w nadnerczach wylewów krwawych nie stwierdzono. Żołądek pusty, bez zmian. W jelitach cienkich płynna żółta treść, w jelitach grubych treść białawego koloru. W obrębie czaszki zmian chorobowych nie stwierdzono. Badanie śluzu z krtani na obecność drobnoustrojów wypadła ujemnie. Mikroskopowe badanie narządów wykazało: wątroba o rysunku wyraźnym tu i owdzie przewody żółciowe rozwarte, gdzieniegdzie nieznaczne nacieczenia drobnokomórkowe wzdłuż rozgałęzień torebki Glissona. Śledziona o budowie prawidłowej, o wyraźnych grudkach chłonnych. Nabłonek kanalików krętych w nerce nieco obrzękły, kłębuszki bez zmian. Przy barwieniu sudanem w wątrobie i nerce tłuszczu nie stwierdzono. Płuca i jelita patologicznych zmian nie wykazują. Wobec powyższego badanie mikroskopowe nie wykazało takich zmian, któreby tłomaczyły przyczynę śmierci, wobec tego nasuwa się pytanie, co spowodowało śmierć zdrowego, dobrze rozwiniętego dziecka, czy śmierć nastąpiła w danym przypadku na drodze naturalnej, czy też wskutek śmierci gwałtowej? Czy na podstawie danych sekcyjnych można ustalić śmierć gwałtowną? Naturalnie że nie. Trzeba się zgodzić ze Strassmanem, że te objawy (przekrwienie narządów wewnętrznych, wylewy pod opłucnemi, pod nasierdziem i pod torebką grasicy, nie mogą być dowodem śmierci gwałtownej, mogą one tylko wskazywać na trudność w krążeniu krwi, co może mieć miejsce z przyczyn wewnętrznych jak i zewnętrznych. Aczkolwiek badanie mikroskopowe nie wykazało zmian chorobowych to na tej zasadzie nie można jeszcze rozpoznawać śmierci gwałtownej. Przedewszystkiem nie wszystkie zmiany w organizmie, co słusznie podkreśla prof. Łukjanow, są znane i mogą być określone. Nie można udowodnić rozpoznania śmierci wskutek zaduszenia, gdy niema śladów działania na szyi, gdy matka się nie przyznała i niema odpowiednich danych z dochodzenia. Nasze wewnętrzne

przekonanie, że w danym przypadku zachodzi śmierć gwałtowna i że zupełnie zdrowe dzieci nie umierają nagle, nie może być podstawą do oskarżenia matki.

Niżej podany przypadek, dzięki zeznaniu świadka, do pewnego stopnia potwierdza zdanie, że „anatomicznie" zdrowe dzieci nie umierają nagle wskutek przyczyn naturalnych.

Pewna kobieta C. panna, 6.X. urodziła zdrowe dziecko płci żeńskiej, wagi 3200 gr. Wkrótce po porodzie u matki wystąpiły objawy rzucawki, po których nastąpiło podniesienie temperatury i utrata przytomności. Dziecko było zdrowe. 18.X. o godzinie 11 wieczorem przyniesiono matce dziecko w celu nakarmienia. Temperatura matki wynosiła 40°. Podczas karmienia była obecna pielęgniarka, która wkrótce wyszła na 10 minut i po powrocie znalazła dziecko martwe, przyczem twarz dziecka była sina i zakryta piersią matki. Chore z sąsiedniej sali wkrótce po wyjściu pielęgniarki słyszały krzyk dziecka, który b. prędko ucichł. Matka dziecka oświadczyła, że nie pamięta kiedy pielęgniarka od niej wyszła, jako też nie przeczyła możności zaśnięcia podczas karmienia.

Sekcja zwłok wykazała: plamy opadowe sine na tylnej powierzchni ciała, twarz blada, nos nieco spłaszczony, na szyi śladów duszenia niema. Płuca dobrze ukrwione, pod opłucnemi od przodu symetryczne wylewy krwawe, średnicy 2 cm. W komorach serca ciemnoczerwona płynna krew; w żołądku ok. 100 gr. ściętego mleka. W pozostałych narządach poza przekrwieniem zmian chorobowych zarówno przy badaniu makro i mikroskopowem nie stwierdzono.

Przed przesłuchaniem świadków nawet niektórzy lekarze uważali, że ta śmierć nagła była śmiercią naturalną, wskazując na to, że dzieci matek rodzących wśród eklampsji są mniej zdolne do życia, nawet wtedy, gdy u tych dzieci nie było objawów chorobowych. Zeznanie pielęgniarki, która przyszła po dziecko, wyjaśniło przyczynę śmierci, w przeciwnym razie przypadek ten byłby odniesiony do kategorji śmierci naturalnej. Wobec tego że matka tego dnia wysoko gorączkowała, przypadek ten był oceniony jako zaduszenie wypadkowe, a nie umyślne i sprawę umorzono.

Jak wynika z powyższego, w celu wydania orzeczenia ostatecznego, niezbędne są dane co do okoliczności w jakich śmierć nastąpiła. W większości przypadków zwłoki dostarczane są bez żadnych danych co do okoliczności śmierci, zeznania zaś matki najczęściej nie wyjaśniają przyczyny śmierci, gdyż matka często zeznaje, że „dziecko było zdrowe i umarło nagle bez wiadomej przyczyny".

Władze śledcze zwykle są przekonane, że lekarz na podstawie

sekcji zwłok będzie mógł wykryć przestępstwo i wypowiedzieć się w tej sprawie, stąd też wypływa i ogromna odpowiedzialność lekarza sądowego za niedostatecznie umotywowane oskarżenie oraz w przypadku niezbyt skrupulatnego badania zwłok podczas sekcji.

W przypadkach nagłej śmierci u dorosłych też trudno nieraz bywa określić, co było przyczyną śmierci, jednak w tych przypadkach znalezienie właściwej przyczyny śmierci ma charakter raczej naukowy niż sądowy. W przypadku nagłej śmierci zupełnie zdrowego dziecka zawsze istnieje podejrzenie śmierci gwałtownej, ponieważ dziecko nie może się bronić oraz istnieją takie sposoby zadania śmierci, które nie pozostawiają żadnych wyraźnych śladów. Nierozpoznanie takiego przypadku może przyczynić się do zwiększenia liczby przestępstw: ,,lekarz się nie poznał, gdy sąsiadka zamordowała dziecko, nie pozna się i teraz", pomyśli czasami osoba, zamierzająca popełnić tego rodzaju przestępstwo.

Odróżnienie śmierci gwałtownej od naturalnej, gdy niema żadnych uszkodzeń urazowych oraz gdy brak jest wiadomości co do okoliczności sprawy trudne jest do ustalenia; w każdym zaś razie w przypadkach nagłego zgonu dzieci niezbędnem jest, poza badaniem makroskopowem, dokonać badań mikroskopowych, badań bakterjologicznych oraz należy zwrócić uwagę na rodzaj zawartości żołądka i jelit. Łącznie z wynikiem sekcji badania te mogą do pewnego stopnia pomóc do wykrycia przyczyny śmierci.

Niedawno obserwowaliśmy następujący przypadek: 10.X. kobieta P., panna, urodziła dziewczynkę wagi 3600 gr. 17.X. została wypisana ze zdrowem dzieckiem, zaś 27.X. przyniosła do szpitala dziecko martwe. Na zapytanie odpowiedziała, że dziecko 2 dni przed śmiercią nie ssało, a w baraku gdzie zamieszkuje wszyscy mówili że ,,dziecko żyć nie będzie". Lekarz uprzedza matkę, że dziecko było zdrowe i sekcja wyjaśni przyczynę śmierci, wobec tego winna mówić prawdę, matka jednak innych wyjaśnień nie dała.

Sekcja zwłok wykazała: wzdęcie brzucha, wiotką skórę, pod opłucnemi i na powierzchni nerek punkcikowate wybroczynki krwawe, w żołądku ok. 100 gr. pienistej treści pokarmowej o odczynie kwaśnym z drobnemi kawałkami bułki wśród wodnistej treści, żadnych zaś śladów mleka. Jelita cienkie puste, wzdęte, w jelitach grubych kał żółtozielony. Przyczyna śmierci w danym przypadku jest jasna: karmienie dziecka nieodpowiednim pokarmem w celu spowodowania jego śmierci. Gdy matkę zawiadomiono o wyniku sekcji i zaznaczono, iż kłamstwem jest, że dziecko nie chciało ssać, a jadło rozmoczoną bułkę, przyznała się ona, że w baraku poradzono jej, aby dała dziecku bułkę. W danym przypadku nietrudno było ustalić zły zamiar a nie ,,ciemnotę" którą się

często w takich razach tłomaczą przebiegłe a „nie ciemne" kobiety. Matka miała dostateczną ilość pokarmu i nie miała żadnych powodów do dokarmiania dziecka bułką.

Muszę zaznaczyć, że w wypadku ujemnego wyniku sekcji w orzeczeniu trzeba podać, że przyczyny śmierci wobec braku zmian chorobowych ustalić nie można.

Zdarzają się czasami przypadki zgonów dzieci w jednej rodzinie, co może wzbudzać podejrzenie śmierci gwałtownej, natomiast wynik sekcji jest ujemny. W takich przypadkach należy obserwować tę rodzinę dla wyświetlenia przypadku.

W pewnej rodzinie robotnika L. który miał czworo dzieci w wieku 8, 5, 3 lat i 6 miesięcy, zmarło dziecko 5-letnie 4.IV. wśród wymiotów i rozwolnienia po dwudniowej chorobie. Na drugi dzień o godz. 6 wieczorem dostarczono do szpitala drugie trzyletnie dziecko, które zachorowało 4.IV. t. j. w dzień śmierci pierwszego dziecka. Objawy chorobowe były takie same: wymioty i rozwolnienie. Dziecko było nieprzytomne, oddychało powierzchownie, źrenice nie reagowały na światło, podczas przyjmowania do szpitala zmarło, wobec tego dokonano sekcji.

Przy sekcji stwierdzono: dziecko płci męskiej, budowy dostatecznej, źle odżywione. Skóra blada, wysypki niema. Jama ustna, gardziel, przełyk i żołądek bez zmian chorobowych. Wątroba powiększona, miąższ żółto-czekoladowy z żółtawemi ogniskami i czerwonemi punkcikami. Śledziona powiększona, jędrna, o wyraźnym zrębie łącznotkankowym. Nerki bez zmian chorobowych. Badanie chemiczne na ciężkie metale dało wynik ujemny. Badania na drobnoustroje tyfusu i cholery — ujemne. Badanie mikroskopowe narządów wykazało zwyrodnienie wątroby i śledziony. Wobec tego w orzeczeniu podano, że śmierć nastąpiła wskutek zwyrodnienia wątroby i śledziony w następstwie jakiegoś zakażenia.

Dnia 6.IV w tejże rodzinie zachorowało trzecie dziecko lat 6, przy objawach takich jak wymioty i rozwolnienie. Przy badaniu w szpitalu stwierdzono, że temperatura była normalna, na drugi dzień podniosła się jednak do 39°, 14.IV. spadła do normy a wieczorem znów podniosła się do 39°, na dłoniach i podeszwach zjawiło się łuszczenie. Gruczoły podszczękowe powiększone, język barwy malinowo-bronzowej oraz objawy zapalenia płuc. 15.IV t. j. 12-go dnia choroby dziecko zmarło.

Sekcja zwłok wykazała zapalenie płuc, stłuszczenie wątroby, zapalenie jelita grubego. Na podstawie obserwacji szpitalnej ustalono toksyczną formę szkarlatyny, teraz się wyjaśniło dopiero, że dzieci poprzednio zmarłe też chorowały na szkarlatynę, która miała u nich błyskawiczny przebieg.

Wnioski:

1. Przy nagłej śmierci dzieci zdrowych przy sekcji można znaleść takie zmiany w narządach, które były pośrednią przyczyną ich śmierci.

2. Nieznalezienie widocznych zmian chorobowych jak również brak zmian chorobowych nasuwa podejrzenie śmierci gwałtownej; w tych przypadkach należy przeprowadzić ścisłe badania, gdyż dzieci z powodu swej bezbronności mogą być zgładzone przy pomocy takich środków, które nie pozostawiają śladów.

3. Jeżeli przestępstwa takie nie zostaną wcześnie rozpoznane, może to się przyczynić do ich rozpowszechnienia.

STRESZCZENIA.

Prof. Dr. L. WACHHOLZ.

MEDYCYNA SĄDOWA NA PODSTAWIE NOWEGO USTAWODAWSTWA POLSKIEGO.

Z 42 rycinami na 8 tablicach. Wyd. IV zupełnie przerobione, str. XIII i 456. Gebethner i Wolff. Warszawa, 1933.

Powszechnie znany szeregom pokoleń lekarzy sądowych, prawników oraz studentów medycyny i prawa podręcznik prof. Wachholza ukazał się w wydaniu nowem, znacznie zmienionem (wydanie III wyszło w r. 1925). Przedewszystkiem uległy zasadniczej przeróbce rozdziały, dotyczące uszkodzeń ciała, stanowiska lekarza biegłego i t. p. zostały one dostosowane do nowego polskiego kodeksu karnego. Pozatem autor uwzględnił najnowsze zdobycze wiedzy medycznej, mające znacznie dla medycyny sądowej, jak np. badania grup krwi, określenie ojcostwa i t. p. W porównaniu z poprzedniem wydaniem, objętość podręcznika uległa zmniejszeniu o blisko 100 stron, co się tłomaczy przedewszystkiem tem, że jednolity obecnie kodeks karny i kodeks postępowania karnego pozwoliły na znaczną oszczędność słowa i miejsca w porównaniu z warunkami, gdy autor musiał omawiać trzy kodeksy karne i kilka ustaw postępowania karnego.

Omówimy teraz nieco dokładniej niektóre rozdziały tego dzieła.

W rozdziale wstępnym, poświęconym organizacji orzecznictwa sądowo-lekarskiego w Polsce, autor pomieszcza szereg zarządzeń, wyjętych z dzienników urzędowych, między innemi podaje in extenso rozporządzenie o wykonywaniu oględzin zwłok, ogłoszone w Nr. 14 dziennika urzędowego Min. Sprawiedliwości z dnia 15.VII.1929 r. Wobec tego że numer ten jest obecnie już wyczerpany lekarz może się zapoznać z tem rozporządzeniem dzięki podręcznikowi prof. Wachholza, względnie sięgnąć do pism lekarskich, gdzie również było ono przedrukowane (między in. w Czasopiśmie Sądowo - Lekarskim r. 1929, str. 156).

Należy podnieść, że organizacja orzecznictwa sądowo - lekarskiego pozostawia u nas wiele do życzenia i wymaga gruntownego usprawnienia (np. brak stałych stanowisk lekarzy biegłych, jako urzędników państwowych, brak odpowiedniej fachowej instytucji odwoławczej od orzeczeń biegłych lekarzy, brak centralnego ciała, któreby koordynowało i dozorowało czynności lekarzy biegłych i t. p.).

W rozdziale o uszkodzeniach ciała zwrócę uwagę na niektóre punkty rozważań autora. Tak np. na str. 32 podnosi on, że wskutek stylizacji art. 235 jest niejasnem, czy przez utratę wzroku należy rozumieć wyłącznie utratę wzroku na oba oczy, czy też także utratę wzroku jednego oka. Mojem zdaniem interpretacja tego artykułu nie nasuwa wątpliwości i w związku z określeniem, użytem przez prawodawcę „utrata wzroku" trzeba myśleć jedynie tylko o zniesieniu czynności narządu wzroku w całości t. j. na oba oczy. Przypuszczam, że gdyby miał on na myśli również i utratę wzroku jednostronną, byłoby to zaznaczone w kodeksie. Prof. Wachholz stoi na zupełnie słusznem stanowisku, jak to widać z dalszych rozważań, że utrata wzroku na jedno oko przy całkowicie zdrowem drugiem, nie będzie podpadała pod art. 235, lecz pod art. 236; pozatem, zdaniem autora, jednooczną ślepotę możnaby podciągnąć pod pojęcie trwałego kalectwa w myśl art. 235 p. 1-b o ile łączy się ona z utratą gałki ocznej.

Komentatorzy i twórcy kodeksu karnego stoją naogół zgodnie na stanowisku, że pod pojęciem pozbawienia wzroku w myśl art. 235 należy rozumieć tylko zupełną ślepotę; Makowski na str. 531 swych komentarzy do K. K. mówi: „Dlatego nie było potrzeby wspominać o ślepocie na oba oczy lub też na jedno tylko, jak to spotykamy w ustawodawstwie dzielnicowem, ponieważ całkowita utrata wzroku mieści się w pierwszej grupie (art. 235), częściowa zaś stanowi trwałe kalectwo, odpowiadające drugiej grupie". Jamontt i Rappaport w swych komentarzach (str. 374 i 375) podają, że pozbawienie wzroku oznacza całkowitą ślepotę na obydwa oczy. Pozbawienie zaś jednego oka autorowie odnoszą do pojęcia trwałego kalectwa w myśl lit. b art. 235 K. K. Makarewicz (str. 280) mówi: „Pozbawienie jednego oka, jeśli drugie pozostało, nie jest pozbawieniem wzroku, podciągnąć je można jednak pod trwałe kalectwo".

Zdaniem mojem, z punktu widzenia praktyki życiowej, a szczególnie przy porównaniu skutków dla poszkodowanego przy całkowitej utracie wzroku czy też utracie jednego oka (przy zdrowem drugiem) wydaje się niewspółmiernem podciągnięcie obu tych przypadków co do kwalifikacji prawnej (zbrodnia) i wymiaru kary za te uszkodzenia pod ten sam art. 235; o ile, jak zaznaczyłem wyżej, pozbawienie wzroku na stałe nie budzi żadnych wątpliwości co do kwalifikacji, wydaje mi się, że pozbawienie wzroku na jedno oko nawet przy współ-istniejącej utracie gałki ocznej nie powinno być traktowane jako kalectwo, lecz raczej jako spowodowanie znacznego zakłócenia czynności narządu wzroku. Należałoby zatem podciągnąć tego rodzaju uszkodzenie pod art. 236, gdy gałka oczna pozostała, lub pod p. *b* tego artykułu (zeszpecenie) jeśli poszkodowany został jej pozbawiony.

Przypuszczam, że pojęcie kalectwa, bez odpowiednich wyjaśnień Sądu Najwyższego, będzie nastręczało nieraz trudności kwalifikacyjne, gdyż pozwala się ona rozmaicie interpretować: brak małego palca u nogi jest właściwie kalectwem lecz chyba nie należy go zaliczać do uszkodzeń, karanych z art. 235 K. K. Według mnie pod pojęciem „kalectwo" należy rozumieć uszkodzenia dla jednostki bardzo poważne, mające dla niej bardzo doniosłe znaczenie, np. pod to pojęcie podciągnąłbym utratę kończyny, jej bardzo znaczny niedowład, uniemożliwiający posługiwanie się nią w życiu codziennem, utratę ważnego narządu np. żołądka i t. p.

Co do interpretacji pojęcia „utrata zdolności płodzenia" niezupełnie zgodziłbym się z Szanownym Autorem na włączenie w nie niezdolności do wykarmienia dziecka: prawodawca zdaniem mojem niezdolność do płodzenia rozumie jako niezdolność do zapłodnienia oraz dania życia potomstwu, niemożność

zaś wykarmienia w ł a s n e g o dziecka przeczy temu pojęciu, bo dziecko już zostało spłodzone. Pozatem dość często obecnie zdarzają się przypadki sztucznego wykarmienia osesków i dlatego nie należałoby, według mnie, uszkodzenia np. sutków wzgl. brodawek sutkowych, powodującego niemożliwość wykarmienia dziecka (rzecz zresztą niezmiernie rzadka) pod względem odpowiedzialności postawić na tym samym szczeblu, co utratę zdolności do zapłodnienia, do porodu wzgl. spowodowanie stałej ślepoty, głuchoty i t. p. (art. 235). Uszkodzenie, które powoduje niemożność wykarmienia dziecka należałoby odnieść do kategorji oszpeceń wzgl. zniekształceń, połączonych ze spowodowaniem zakłócenia w czynności narządu ciała wzgl. rozstroju zdrowia, trwającego dłużej, niż dni 20 (art. 236).

Analizując pojęcie „choroba zagrażająca życiu" według art. 235, autor zaznacza, że pojęcie to jest zbyt indywidualne i nie może stanowić pewnej, bezwzględnej cechy dla określenia kwalifikacji prawnej, pociągającej za sobą wymiar kary z tego artykułu. Pozwolę sobie tutaj zaznaczyć, że w art. 236 jest mowa o uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, „chwilowo zagrażającem życiu", wobec tego oraz uwzględniając, iż w art. 235 są zawarte uszkodzenia trwałe, należy wnosić, że „chorobę zagrażającą życiu" z art. 235 należy rozumieć jako stan, stale grożący zejściem śmiertelnem i, dodam od siebie, nieomal stale kończący się śmiercią.

Wyjaśnię to za pomocą przykładu: do choroby zagrażającej życiu według art. 235 zaliczyłbym pourazowe ogólne ropne zapalenie otrzewny, ropne zapalenie opon mózgowych, uszkodzenie serca, stan septyczny po poronieniu i t. d. Zwykle w praktyce kwalifikacja w takich wypadkach zostaje ustalona ex post; o ile ma miejsce zgon w czasie przebiegu jednej z wymienionych chorób pourazowych, dane uszkodzenie należy kwalifikować, jako wywołanie choroby zagrażającej życiu. Gdy nastąpi wyzdrowienie bez specjalnych powikłań, rozpoznamy spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia mniej lub więcej długo trwającego, połączonego z krótkotrwałem niebezpieczeństwem dla życia. W rzadkich tylko przypadkach można podać kwalifikację z art. 235 o ile poszkodowany powróci do zdrowia; zdarzyć się to może chyba tylko wtedy, gdy przez cały nieomal okres nasilenia choroby był on między życiem a śmiercią, wreszcie powoli powrócił do zdrowia. (do tego rodzaju przypadków możnaby zaliczyć te rzadkie zakażenia ogólne po zranieniach typu septycznego, gdzie się uda uratować chorego; przypadki zranień serca o pomyślnem zejściu i t. d.).

Omawiając art. 236 K. K. na str. 35 autor podnosi, że niewspółmierna jest kara za spowodowanie np. utraty nosa, szczególnie u młodej dziewczyny, jak i naogół za wywołanie oszpecenia, do 5 lat więzienia, w porównaniu z karą za spowodowanie skrócenia nogi o kilka centymetrów z następowem utykaniem na tę nogę, co autor odnosi do pojęcia trwałego kalectwa w myśl art. 235 p. 1-b, za co grozi kara więzienia do lat 10 jako za zbrodnię. Zdaniem mojem, nie w każdym przypadku skrócenia nogi o kilka, cm. należy myśleć o „trwałem kalectwie" (jak już zaznaczyłem, pojęcie kalectwa bynajmniej nie jest jasne i pewne); sam fakt utykania na nogę, nie stanowi o zaliczeniu tego uszkodzenia do kalectwa według art. 235; skrócenie nogi tylko wtedy należy zaliczyć do kalectwa, gdy jest ono bardzo znaczne, gdy powoduje wybitne, rzucające się w oczy upośledzenie przy chodzeniu i powoduje znaczne zakłócenie w czynności nogi. We wszystkich innych przypadkach takie uszkodzenie nogi należy podciągnąć pod art. 236 jako spowodowanie uszkodzenia ciała, połączonego z zakłóceniem czynności nogi, trwającem dłużej niż dni 20, wzgl. skorzystać

z p. *b* tego artykułu i rozpoznawać „trwałe zniekształcenie ciała“, zaliczone przez kodeks do tego artykułu.

Co do kwalikacji w przypadkach złamań kości kończyn i uszkodzeń stawów, autor na str. 78 mówi, że „każde, nie powikłane nawet raną zewnętrzną złamanie kości długich kończyn stanowi obrażenie z p. 1 art. 236“ i dalej „obrażenia stawów mogą się przedstawiać jako stłuczenia, zwichnięcia i zapalenia wskutek następnych zakażeń. Wszystkie te obrażenia będą podpadać pod brzmienie par 1-a art. 236“. Muszę zaznaczyć, że według brzmienia tego artykułu wszystkie te obrażenia będą pod niego podpadać wówczas tylko, gdy spowodują zakłócenie w czynności kończyny, trwające dłużej niż dni 20. Przeważnie istotnie tak bywa, jednak z własnej praktyki mogę przytoczyć przypadki, gdzie po nadłamaniu lub nawet złamaniu długiej kości kończyny po prawidłowo przeprowadzonem leczeniu (te przypadki dotyczyły osobników młodych) wszelkie zaburzenia w czynności kończyny minęły w ciągu okresu krótszego, niż dni 20, wobec tego w myśl brzmienia art. 236 i 237 takie uszkodzenia należy zaliczać do podpadających pod art. 237 (dawne lekkie uszkodzenia ciała według art. 469 K. K. z r. 1903).

Omawiając zagadnienie samobójstwa autor (zgodnie z Pfeifferem i wielu innymi badaczami) stoi na stanowisku, że „nie ulega najmniejszej wątpliwości, że znaczna część samobójstw pozostaje w ścisłym związku albo z chorobą umysłową samobójcy, albo conajmniej z ich stanem psychopatycznym, znajdującym swą podstawę w takich zmianach anatomicznych, jak pachy — i leptomeningitis fibrosa, mikrohydro i porencephalia, zarośnięcie tylnych rogów w bocznych komorach mózgowych i t. p.“. Przy naszych badaniach opartych na dużym materjale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej w Warszawie nie mogliśmy nieraz na zwłokach samobójców stwierdzić żadnych zmian uchwytnych, względnie jeśli je znajdowano, nie odbiegały one od tych, które spotykano w przypadkach innych nagłych zgonów urazowych osobników w tym samym mniej więcej wieku i nie występowały one u samobójców częściej, niż w innych przypadkach.

Dochodzę zatem do przekonania, że teorja anatomiczna Pfeiffera i innych badaczy, wiążąca samobójstwo ze zmianami anatomicznemi denatów nie da się obecnie utrzymać, o ile oprzemy się na większym i krytycznie kontrolowanym materjale.

W tymże rozdziale autor podaje dane, dotyczące statystyki samobójstw, najczęściej stosowane sposoby, częstość i t. p. uwzględniając i najnowsze prace polskie z tego zakresu. Odróżnienie samobójstwa od zabójstwa autor omawia w rozdziałach, poświęconych rozmaitym rodzajom śmierci gwałtownej; między innemi mówiąc o odróżnieniu samobójstwa od zabójstwa z broni palnej autor zaznacza, że samobójstwo przez postrzał będzie tylko wtedy wykluczone „jeśli postrzał ugodzi część ciała niedostępną dla ręki samobójcy, a więc — jeżeli ugodził w tylną powierzchnię ciała z wyjątkiem tyłogłowia“. Zgadzając się z tą tezą autora, muszę jednak zaznaczyć, że w wyjątkowych przypadkach samobójca może godzić z broni palnej i w tylną powierzchnię tułowia, jak tego dowodzi bardzo zresztą rzadki przypadek Carrary (1928) gdy samobójca wystrzelił sobie pod lewą łopatką i przypadek Drapier'a (1924) w którym denat oparł karabin o lewą okolicę lędźwiową i wystrzelił.

W rozdziale omawiającym sprawę przerwania ciąży autor bardzo szczegółowo i przejrzyście opisuje sposoby rozpoznania poronienia, przyczyny i skutki poronień, stanowisko prawa karnego, ogranicza się jednak do przedstawienia

tego zagadnienia przeważnie z punktu widzenia prawnego i lekarskiego, mało zaś zajmuje się jego stroną społeczną.

W rozdziale, poświęconym dochodzeniu spółkowania, na str. 408 autor podaje: „w 84% notorycznego zgwałcenia dziewic błona dziewicza nie uległa naruszeniu“. Przypuszczam, że pod pojęciem „zgwałcenie“ należy rozumieć tu wszelkie oskarżenia o dokonanie przemocą czynów nierządnych, np. dotyk do narządów płciowych, stosunek przedsionkowy i t. p., w takim razie odsetek 84 braku rozdarć błony dziewiczej jest zupełnie zrozumiały, gdyż, jak i nasze doświadczenie poucza, w przypadkach oskarżeń o t. zw. zgwałcenie tylko w pewnym odsetku przypadków chodzi o stosunek płciowy, przeważnie zaś w grę wchodzą inne czyny nierządne. Na naszym materjale badań 298 przypadków w latach od 1918 do 1928 włącznie, gdzie było wnoszone oskarżenie o zgwałcenie stwierdziliśmy brak rozdarcia błony dziewiczej u dziewcząt poniżej lat 14 w 107 przypadkach, od 14 do 16 lat — w 11-tu, powyżej lat 16 — w 29-iu. Stwierdzono rozdarcie błony dziewiczej u dziewcząt poniżej lat 14 w 13-tu wypadkach, od 14 do 16 lat — w 30-tu, powyżej lat 16 — w 108-iu.

Na zakończenie muszę jeszcze dodać, że książka ta stanowi encyklopedję medycyny sądowej, jedyną w języku polskim, ujętą w zwięzły wykład, wygłoszony w pięknej formie literackiej; obejmuje ona wszelkie nieomal zagadnienia, z któremi może się spotkać lekarz i prawnik.

W poprzednich wydaniach autor zawarł w swej pracy również całą psychopatologję sądową, lecz w r. 1923 wydał ten dział jako osobną książkę. Zdaniem mojem byłoby bardziej pożądanem aby w następnem piątem wydaniu tego podręcznika prof. Wachholz zechciał w nim umieścić także i rozdziały, dotyczące psychopatologji; powiększy to objętość podręcznika, lecz za to dzieło będzie całkowite, obejmujące całą medycynę sądową, jak to naprzykład widzimy w podręczniku Hofmann-Haberdy i innych.

Dzieło prof. Wachholza należy gorąco polecić wszystkim tym lekarzom i prawnikom, którzy zajmują się medycyną sądową, jak również i studentom medycyny przy studjach uniwersyteckich tego przedmiotu.

Druk książki jest estetyczny i wyraźny, jednak papier a szczególnie rysunki nie odpowiadają całkowicie wysokiej wartości książki; warunki wydania naukowego podręcznika i duże koszty tłomaczą te drobne usterki.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Dr. RICHARD LOEWENBERG.

UEBER DEN SELBSTMORD IN HAMBURG IN DEN LETZTEN FÜNFZIG JAHREN (1880 — 1930). 1932, str. 79.

Monografja dzieli się na 4 części: I. zawiera dane statystyczne, przedstawiając stan obecny zagadnienia, II część socjologiczna przedstawia zewnętrzne, zaś III część psychopatologiczne — wewnętrzne warunki samobójstw; IV część omawia profilaktykę samobójstw.

Samobójstwo jest objawem psychopatologicznym i socjologicznym i należy do tych samych biologicznych i społecznych zjawisk, do których się zalicza alkoholizm, nerwicę pourazową i przestępczość.

W latach 1890 — 1930 wzrosła liczba mieszkańców Hamburga 2,7 razy (z 454 tys. na 1227 tys.), bezwzględna zaś liczba samobójstw 3,8-krotnie (z 192 na

643 rocznie). Gdy jednak samobójstwa wśród mężczyzn wzrastać zaczęły w ostatnich 5 latach, kobiety od znacznie dawniej wykazują stały wzrost liczby samobójstw.

Omówione lata dzielą się na 3 okresy: I. lata przedwojenne (1880 — 1913) gdy liczba ludności wzrasta przeciętnie o 100000 w każdem pięcioleciu; roczna liczba samobójców na 100000 ludności powyżej lat 15 waha się między 42 a 62. II. lata wojenne (1914 — 1919) gdy samobójstwa mężczyzn a przez to i ogólna liczba samobójstw znacznie maleje (31 — 34, tylko raz 42 i raz 50) III. lata powojenne, w których samobójstwa mężczyzn, a szczególnie kobiet stale wzrastają, najpierw wolno, od roku zaś 1929 znacznie szybciej.

Stosunek liczby samobójstw kobiet do mężczyzn, wynoszący w latach przedwojennych 1 : 3, zbliża się obecnie do 1 : 2 (w okresie wojny przejściowo prawie 1 : 1).

W przeciwieństwie do dawnych szczytów krańcowych samobójstw, przypadających na wiosnę i jesień, rozkładają się obecnie samobójstwa nieomal równomiernie we wszystkich miesiącach roku.

Stosunek samobójstw i usiłowanie samobójstwa u mężczyzn nie uległ prawie zmianie (1 : 1); wzrósł natomiast stosunek ten u kobiet z 1 : 1 (180 : 174) w r. 1922 do 1 : 3 w ostatnich latach (w r. 1930 183 : 496, w r. 1929 155 : 422) tak, że próby samobójstwa kobiet przewyższają już liczbą samobójstwa wśród mężczyzn. W ostatniem pięcioleciu przewyższa liczba samobójstw w Hamburgu wysoką bardzo liczbę samobójstw w Berlinie.

Daje się stwierdzić wzrost samobójstw w starszym wieku, nawet po uwzględnieniu zmian zaszłych co do podziału liczby mieszkańców w poszczególnych okresach wieku. W porównaniu z r. 1913 wzrosła w r. 1930 liczba samobójstw w wieku 30 — 60 lat 1,4 krotnie u mężczyzn, 3-krotnie u kobiet.

Rozważania socjologiczne wykazują, że Hamburg jest typowem miastem kolonjalnem. Co drugi mieszkaniec urodzony jest poza Hamburgiem. Przytem jednak ludność pochodzenia dolno - niemieckiego (rodowici Hamburczycy ze Szlezwig - Holstein'u — Meklenburg - Hannover) stanowią 70% ogółu mieszkańców.

Brak statystyki samobójstw w zestawieniu z zawodem. Zastępuje ją statystyka samobójstw podług różnych dzielnic miasta, odpowiadająca podziałowi na różne warstwy społeczne. Stwierdza się wzrost samobójstw w dzielnicach odznaczających się dawniej dobrobytem, ostatnio zubożałych. Przed wojną spadały liczby samobójstwa równolegle ze wzrostem dochodu; od czasu zaś inflacji wykazują bogatsze dzielnice 1½ raza tyle samobójstw co dzielnice robotnicze i urzędnicze. Wyższe liczby samobójców żydowskich dają się w Hamburgu wytłomaczyć składem żydowskiej ludności co do wieku, różniącym się od tegoż składu pozostałej ludności — ta ostatnia wykazuje proporcjonalnie znacznie mniej osób w wieku starszym. Z drugiej strony tłumaczą się te wysokie liczby samobójstw u żydów większym ich udziałem w handlu i przemyśle oraz większą liczbą osób samodzielnych.

Zmniejszenie się alkoholizmu w okresie wojennym i powojennym wpłynął na mniejszą śmiertelność mężczyzn w starszym wieku (50 — 70 lat).

Omawiając psychopatologję samobójstwa, powiada autor, że zakład psychjatryczny Hamburg - Friedrichsberg wykazuje na swoim materjale wybitny wzrost udziału psychopatów w zamachach samobójczych w porównaniu z właściwemi organicznemi psychozami. Znajduje to swój wyraz również w zmianie sposobów samobójstwa: powieszenia, postrzelenia, utonięcia stały się rzadsze.

Zatrucie natomiast gazem świetlnym, przed 20 laty niezmiernie rzadkie stały się obecnie najczęściej używanym sposobem pozbawienia się życia.

Akcja zapobiegająca samobójstwom może podług autora dać zupełnie dobre wyniki, zwłaszcza, gdy chodzi o psychopatów i młodocianych. Opierając się na przykładzie Wiednia, zalecić można dla Hamburga następujące działania, możliwe do przeprowadzenia bez większego nakładu kosztów:

a) Wszyscy ci, którzy usiłowali popełnić samobójstwo, winni być umieszczeni w specjalnym oddziale kliniki Friedrichsberg, któryby obok natychmiastowej pomocy zajmował się również badaniem i następowem traktowaniem tych osobników. Tem samem umożliwianoby wczesne rozpoznanie zaczynających się psychoz; uniknęłoby się nieraz powtarzających się często zamachów samobójczych, których przyczyną jest przedwczesne wypuszczenie z zakładu; zapewnionoby odpowiednie następowe traktowanie tych osobników.

b) Akcja zapobiegawcza winna być zorganizowana nie urzędowo lecz prywatnie, w oparciu o prywatne poradnie młodzieży Hugo Sauera. Koło dobrowolnych doradców winno reprezentować możliwie wszystkie zawody przy kierowniczej współpracy psychjatry. Podstawą działania winna tu być dyskrecja: psychjatra w godzinach ordynacyjnych nie może robić żadnych notatek, nie powinien nosić płaszcza; nie należy dawać żadnych wsparć pieniężnych (dla uniknięcia nadużyć). Porada, wykazująca jaknajdalej idące zainteresowanie każdym przypadkiem, winna być uzupełniona przez opiekę rozmaitego rodzaju: pomoc prawna, lecznicza, mieszkaniowa i t. d. Rękojmią powodzenia pracy ochotniczej jest przytem życzliwość i pomoc urzędów państwowych i miejskich. Do zadań pracy ochotniczej należą również starania o unikanie nadużyć w sprzedaży narkotyków, w handlu bronią, szerzenie rzeczowych wyjaśnień a przedewszystkiem odpowiedni wpływ na prasę, której tendencyjnie rozdęte sprawozdania już nieraz wpłynęły na popełnienie dalszych samobójstw w obliczu niewątpliwej zaraźliwości samobójstwa.

W oparciu o te czynniki możliwe jest zorganizowanie bez kosztów prawie w Hamburgu i innych większych miastach opiekę nad życiowo znużonymi.

Dr. Piński.

H. ROST.

SAMOBÓJSTWA W KULTURALNYCH PAŃSTWACH KULI ZIEMSKIEJ.

W grudniu 1932 r. pod redakcją Dr. H. Rost'a zaczęło ukazywać się pismo. poświęcone badaniu samobójstwa p. t. „Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmords". Poniżej podaję streszczenia niektórych artykułów z pierwszego zeszytu tego pisma:

Samobójstwo obecne przedstawia się jako zagadnienie społeczne o charakterze chorobowym i ma cechy zjawiska masowego. Do zwalczania i poznania samobójstwa teraz już nie wystarcza ująć je w ramy statystyczne, lecz podobnie jak przy badaniu i walce z gruźlicą, kiłą etc. należy ujmować je w płaszczyźnie międzynarodowej, trzeba postawić rozpoznanie tego zjawiska, ustalić profilaktykę i opracować metodę leczenia. Autor stwierdza, że przeciętnie rocznie odbiera sobie życie 100000 osób, w ciągu zaś 20 wieku zginęło śmiercią samobójczą ok. 10 miljonów ludzi.

Przy obliczaniu na 10.000 mieszkańców (1923 — 1927) popełniło samobójstwo w Saksonji — 3,54, w Austrji — 3,12 — Węgrzech — 2,94, w Czechach — w innych przypadkach stosowano z dobrym skutkiem leczenie konserwatywne.

2,49, w Niemczech — 2,45, w Szwajcarji — 2,41, w Prusach — 2,36, w Gdańsku — 2,32, w Estonji — 2,22. Tę dużą ilość samobójstw w wyszczególnionych krajach autor tłumaczy tem, że są to przeważnie kraje zwyciężone w europejskiej wojnie, co spowodowało ciężki ich stan materjalny; pozatem wchodzi w grę w niektórych krajach walka przeciwko chrześcijaństwu w postaci marksizmu, bolszewizmu i t. p.

Mniej niż 2 przypadki samobójstwa na 10.000 mieszkańców przypada na Francję (1,94), Łotwę (1,69), Bułgarję (1,63), Anglję (1,09), i inne: mniej niż jeden przypadek samobójstwa na 10000 było we Włoszech (0,91), Hiszpanji (0,59), Norwegji (0,58), Litwie (0,53), Turcji (0,29), Polsce (0,23) Gruzji (0,16) i innych. Tą mniejszą ilość samobójstw autor tłumaczy po części konserwatywno-religijnym charakterem ludności, a także, jak to ma miejsce w krajach północnych, prawodawstwem przeciw-alkoholowem, które też przyczynia się do obniżenia ilości samobójstw.

Zarówno w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej jak i w państwach Ameryki południowej samobójstwa w porównaniu z Europą są znacznie rzadsze; w Stanach Zjedn. w r. 1928 było 15.566 samobójstw, gdy w Niemczech w tymże roku było ich aż 16.036; w obliczeniu na 10000 mieszkańców było w Stanach Zjedn. w r. 1928 — 1,4 (w Niemczech 2,58), w stanie New Yorku (razem z miastem) 1,42, w Waszyngtonie — 1,83, jedynie w Kalifornji cyfra ta wynosiła 2,46, co ją zbliżało do stosunków europejskich. W Chili było samobójstw na 10000 mieszkańców 0,33, w Paranie — 0,24, w Wenezueli — 0,15 i t. d.

W miastach zarówno kobiety jak i mężczyźni znacznie częściej (prawie dwukrotnie) pozbawiają się życia, niż na wsi. Autor tłumaczy to tem, że w miastach życie jest mniej wspólne i spoiste, niż na wsi, są bardziej obojętni na cierpienia bliźniego i potrzebujący nie tak łatwo znajdzie pomoc i moralną opiekę, jak na wsi.

Przy podziale samobójców według wyznań autor stwierdza, że stosunkowo najmniej popełniają samobójstw katolicy, tłumaczy to przedewszystkiem tem, że w kościele katolickim istnieje instytucja spowiedzi, za pomocą której zrozpaczony może otrzymać moralne oparcie i pomoc; pozatem wchodzi w grę i stosunek kościoła katolickiego do samobójców po śmierci — odmowa pogrzebu chrześcijańskiego etc. co również powstrzymuje człowieka w pewnej mierze od samobójstwa. *W. D.*

A. MAGER.

DOŚWIADCZENIA ROSYJSKIE W SPRAWIE ULEGALIZOWANIA PORONIEŃ.

Zentrbl. für Gynakologie Nr. 46 — 1932.

Autor oparł swe wnioski na pracach ogólno-ukraińskiego zjazdu położników i ginekologów, który się odbył w Kijowie między 23 a 28.V.1927 r.

Sprawy ostre wskutek uszkodzeń przy zabiegach dokonywanych celem spowodowania poronienia nie odgrywają większej roli, przebicia macicy spotyka się b. rzadko (4 razy na 5000), przy przebicu laparotomję wykonywano tylko wtedy, gdy występowały groźne krwotoki lub jakieś poważniejsze uszkodzenia,

Śmiertelność po sztucznem poronieniu nie była zbyt wielka, wynosiła ona na 1845 przypadków — 0,7%, co stanowi jednak więcej niż po porodach; przyczyną śmierci prawie wyłącznie były ciężkie zakażenia, których ilość, poprzednio wynosząca 15 % spadła do 1,25%.

Lekkie stany podgorączkowe (37,5) stwierdzono w ilości ponad 90%, poważniejsze podniesienie ciepłoty (ponad 39) — tylko w 1,3%; te stosunkowo nieduże liczby tłumaczą się tem, iż kobiety zwykle opuszczają szpital po 3 dniach, późne zaś podwyższenia ciepłoty występują zazwyczaj po 5-iu dniach stąd ilość przypadków powikłanych przez zakażenie należy podnieść do 10 — 15%; ze świeżem zakażeniem w niektórych przypadkach miało miejsce obostrzenie dawnych ognisk zapalnych, pozostałych po poprzednio przebytych poronieniach; szczególnie częste i ważne są późne następstwa poronień, mało znane w Niemczech: blizny w obrębie wewnętrznego ujścia prowadzą do zwężeń i bolesnej regularności, wzgl. zatrzymania się krwi menstruacyjnej; blizny w ściance macicy przy nowej ciąży predysponują do pęknięć.

Zamiana czynnej błony śluzowej macicy przez mało wartościową tkankę bliznowatą prowadzi do osłabienia regularności (oligomenorrhoea) w 74%, braku regularności w 10%, wywołuje niepłodność wzgl. poronienia nawykowe.

Pozatem występują i inne dalsze następstwa poronień sztucznych, jak to osłabienie wzgl. zaburzenia czynności jajeczkowania, zwyrodnienie ich miąższu jajników etc., zanik macicy, zwyrodnienia włókniste jej ścianek etc.

Liczne były następstwa w postaci stanów zapalnych: parametritis perimetritis, adnexitis etc. Niepłodność występowała w następstwie poronień sztucznych w 5,4% i zjawiała się ona zwykle po 3 — 4 poronieniach; jako następstwo sztucznego przerwania ciąży b. znacznie wzrosła ilość ciąż pozamacicznych. Niektóre powikłania porodowe przypisywane są również następstwom przebytych poronień: przedłużanie się akcji porodowej i wydzielania łożyska; częściej spotyka się nieprawidłowe usadowienie łożyska, większa utrata krwi w okresie poporodowym, częściej w macicy zostają resztki błon płodowych i opóźnienie zwijania się macicy. Pozatem wszystkiem nieraz występują ogólne zaburzenia na tle gwałtownego przerwania normalnej czynności hormonalnej jajników, ciałka żółtego etc. Ze strony czynności psychicznych również występowały na skutek poronień sztucznych zaburzenia w postaci depresji, zaburzeń o typie histerycznym, brak pobudliwości płciowej, częściej występowały nieporozumienia małżeńskie etc. Istnieje jeszcze inne niebezpieczeństwo: u kobiet, uprawiających poronienia: obniża się instynkt macierzyński tracą one na swej kobiecości.

Kongres w większości wypowiedział się przeciwko tak szeroko stosowanemu przerywaniu ciąży, natomiast stanął na stanowisku, iż mając na względzie niebezpieczeństwo sztucznego przerywania ciąży, należy raczej rozpowszechniać środki, zapobiegające ciąży. *W. D.*

P. TYRELL.

ŚMIERĆ WSKUTEK SHOCK'U (SHOCKTOD) W CZASIE BOKSU.

(D. Z. f. d. g. g. Med. Bd. 19. Hft. 5.).

W tego rodzaju przypadkach wynik sekcji może być dodatni (wylewy krwi do mózgu, uszkodzenie kośćca lub narządów wewnętrznych) lub ujemny (bez wi-

docznych zmian urazowych w narządach). Przypadek niniejszy należy do drugiej kategorji.

34-letni amator boksu zwrócił się do zawodowego pięściarza W. z propozycją odbycia walki. Ten początkowo nie chciał się zgodzić, lecz w końcu uległ i rozpoczęli walkę. W trzeciej rundzie O. otrzymał uderzenie w klatkę piersiową: zachwiał się i potoczył na ziemię. Został podniesiony i posadzony na krzesło, ciężko dyszał i miał pianę na ustach. Za chwilę ponownie zsunął się na ziemię, spuścił głowę, zbladł i zesiniał. Sprawca udał się po lekarza, kiedy zaś wrócił, stwierdził, że O. już nie żyje. Sekcja dała wynik następujący: zwłoki mężczyzny dł. 170 cm. budowy ciała prawidłowej, o silnej muskulaturze i skąpej podściółce tłuszczowej. Uszkodzenia: a) na górnej i dolnej wardze po jednem podbiegnięciu krwawem wielkości soczewicy; b) na klatce piersiowej w linji środkowej ciała i po stronie lewej 8 cm. powyżej brodawki sutkowej szereg małych gęsto rozsianych ciemno-czerwonych otarć wielkości 1 — 3 mm. każde;c) na przedniej powierzchni prawego przedramienia w pobliżu stawu łokciowego cztery brunatno-czerwone nieregularne otarcia, zajmujące przestrzeń 6 × 3 cm. Kręgosłup i żebra nieuszkodzone. W lewym mięśniu piersiowym pod otarciami wylew krwi wielkości 2 × 2 cm. Serce o wymiarach: 11 × 9½ × 5 cm. zawiera krew płynną. Mięsień sercowy szaro-ciemno-czerwony. Grubość mięśnia komory lewej 11 mm. — prawej 4 mm. Wsierdzie, zastawki, naczynia wieńcowe i aorta bez zmian. Płuca duże ciężkie niebieskawo-czerwone zawierają dużo cieczy pienistej. W drogach oddechowych ciecz pienista. W żyłach i tętnicach krew płynna. Grasica uderzająco duża: 9 × 4 × 1 cm. ciemno-brunatno-czerwona. Śledziona: 14 × 9 × 4 cm. duża ciemno-czerwona o rysunku prawidłowym. Opona twarda napięta, miękkie przezroczyste, żyły miernie wypełnione krwią. Mózg i naczynia mózgowe bez widocznych zmian. Badanie histologiczne mięśnia sercowego zmian chorobowych nie wykazało. Autor przyjmuje, że w danym razie wchodzi w grę śmierć wskutek shocku na tle porażenia nerwów naczynioruchowych i gwałtownego spadku ciśnienia wewnątrz naczyń krwionośnych.

Wł. Felc.

G. JUNGMICHEL.

TĘTNIAK TĘTNICY PODSTAWOWEJ MÓZGU PO URAZIE.

(D. Z. f. d. g. g. Med. 19 Bd. 3 Ht.).

20.VI podczas pewnej uroczystości w pochodzie znalazł się 17-letni elektromonter, który szedł przy sztandarze. Przeciwnicy pochodu urządzili napad i obrzucili manifestujących kamieniami, z których jeden wagi 928 gr. uderzył w drzewce sztandaru, a odbiwszy się spadł na głowę N. powodując ranę. N. zachwiał się, stracił na chwilę przytomność tak, iż trzeba go było podtrzymać. Rana mocno krwawiła. Posiadała ona kształt gwiaździsty o trzech ramionach dł. 1 cm. każde, brzegi gładkie, sięgała do powięzi ścięgnistej. Po dwu godzinach poszkodowany udał się do lekarza, który nałożył opatrunek, poczem chory, chociaż mógł iść o własnych siłach, został odprowadzony do domu przez kolegów. W tym czasie poza bólami głowy poszkodowany innych skarg nie wyrażał. W dwa dni później opatrunek został zdjęty, rana się zagoiła (?). Po pięciu

dniach N. wrócił do pracy, jednakże bóle głowy pozostały, a nadto wystąpił ucisk w okolicy czoła zwłaszcza przy pochylaniu ku przodowi. Miewał również zawroty głowy i uczucie, że nos jest pełen ropy, chociaż wycieku żadnego nie było, powonienie zachowane (parosmia). Od czasu wypadku stracił chęć do pracy, jakkolwiek przedtem był bardzo pilny, był zmęczony i osowiały. Stał się mniej rozmownym, i mniej uprzejmym zwłaszcza dla kobiet, co się przedtem nie zdarzało, w rozmowach kolegów udziału nie brał.

3-go września do poszkodowanego wezwano lekarza, chory skarżył się na ogólne osłabienie, bóle głowy szczególnie nad lewem uchem i zajęcie świadomości. Rzekomo miał napad słabości i omdlenia. Stan ogólny zły, bladość (wymiotów nie było), oddech prawidłowy. Puls mały słaby, bez gorączki, senność, (odpowiada na wezwanie). Żadnych porażeń ani niedowładów, oddawanie kału i moczu prawidłowe. W czasie wizyty lekarz zauważył napad, połączony z utratą przytomności i „drganiem oczu", o kierunku nieustalonym (zapewne chodziło o oczopląs). Zarządzono przewiezienie do szpitala, podejrzewając zapalenie opon mózgowych. Podczas przewożenia nowy atak, w czasie którego chory zmarł.

Wykonana sekcja zwłok dała wynik następujący: zwłoki mężczyzny dł. 173 cm. budowy ciała prawidłowej, odżywiania dobrego. Stężenie pośmiertne i plamy opadowe zachowane. Na skórze głowy na 12 cm. powyżej granicy dolnej owłosienie głowy od tyłu i w odległości 13 cm. od górnych przyczepów obu małżowin usznych ściśle w linji środkowej ciała trójramienna szara blizna, łatwo przesuwalna, bez wylewów krwi do tkanki podskórnej. Źrenice średnio szerokie, przewody słuchowe wolne. Pokrywa 178 × 138 mm. grubości do 6 mm. bez żadnych pęknięć ani też śladów po nich. Opona twarda mocno napięta, w zatokach jej krew płynna. Nad lewą półkulą w części czołowo-ciemieniowo-skroniowej wylew krwi grubości do 4 mm. nad całą prawą półkulą świeża płynna i skrzepła krew; na podstawie mózgu dużo krwi, szczególnie w okolicy przysadki i skrzyżowania nerwów wzrokowych. Z jamy czaszkowej wydobyto razem 100 cm. krwi płynnej i skrzepów, nie licząc krwi na półkulach. Zrostów ani starych wylewów krwi w jamie czaszkowej nie znaleziono. Mózg 18×14×8,8 cm. Naczynia mózgowe cienkie mocno wypełnione krwią. W mózgu i jego osłonach żadnych zmian chorobowych. Podstawa czaszki nieuszkodzona, ucho wewnętrzne po obu stronach i pozostałe jamy czaszkowe nic szczególnego nie przedstawiają. Utrwalony i zbadany w pracowni mózg poddano dokładnemu badaniu, przy którem okazało się: tętnica łącząca przednia (art. communicans anterior cerebri) cała tętniakowato rozszerzona, w części dolnej znajduje się tętniak łódkowaty wielkości wiśni, z otworem wielkości ziarna prosa, wypełniony całkowicie krwią, a nie zakrzepem. Badanie mikroskopowe seryjne wykazało: ścianka dolna tętnicy łączącej przedniej za odejściem jej od tętnicy mózgowej przedniej cieńczeje do 1/6. Błona wewnętrzna miejscami zachowana, miejscami brak zarówno jej jak i warstwy sprężystej. W miejscu szczeliny ścianka barwi się bardzo kiepsko. W tętnicach tych nigdzie nie stwierdzono ani świeżego ani przebytego zapalenia jako też i zmian miażdżycowych. W błonie wewnętrznej aorty gdzieniegdzie drobne żółtawe pasemka. Badanie bakterjologiczne wykazało obecność streptokoków haemolitycznych (anhämolytische Streptokokken), brak prątków gruźliczych. Reakcji Wassermanna nie przeprowadzono z powodu hamowania. Zmiany w jelicie grubem pochodziły od przebytego przez zmarłego kataralnego zapalenia śluzówki.

Zastanawiając się nad genezą tętniaka, uwzględniając możliwość zaburze-

nia rozwojowego, wykluczając gruźlicę i kiłę, autor dochodzi do przekonania, że tętniak powstał wskutek odniesionego przez N. uderzenia kamieniem w głowę. Naczynia na podstawie mózgu przy urazach w porównaniu z dobrze osłoniętemi i zabezpieczonemi przed urazem naczyniami wewnątrzmózgowemi, wystawione są na rozciągnięcie ich ścianek, co prowadzić może do wytworzenia się tętniaka. W danym razie przypuszcza możliwość „contre coup". Z zestawionej przez autora statystyki wynikałoby, że wypadki tego rodzaju nie są bardzo rzadkie, ponieważ tętnica łącząca przednia wykazuje w tym kierunku pewne skłonności, ze względu na niekorzystne warunki topograficzne i niedorozwój ściany naczyniowej. Busse w 7 przypadkach znalazł tętniaki tętnicy łączącej przedniej, które pękły i zakończyły się śmiercią, a uraz nie odegrał w nich żadnej roli. Na podstawie badań systematycznych Busse na 400 przypadków tylko 170 razy spotkał normalną tętnicę łączącą przednią, a w 10% znalazł tętniaki. Wobec powyższego zupełnie słusznie podnosi autor, że ocena związku przyczynowego pomiędzy urazem i jego skutkami musi być bardzo ostrożna. Zdaniem jego w tych razach muszą być uwzględnione następujące postulaty: uraz w głowę musi być dostatecznie silny, chociaż nie jest konieczne pęknięcie kości czaszki; działaniu winny odpowiadać objawy wstrząśnienia mózgu (utrata przytomności, zawroty, przyćmienie świadomości, wymioty, nudności i t. d.); pomiędzy urazem i wykazaniem tętniaka winny pojawić się objawy ze strony mózgu: bóle głowy, ogólne osłabienie, napady padaczkowate, porażenia lub też inne następstwa zmian w mózgu. Im krótszy czas upłynie pomiędzy urazem a stwierdzeniem tętniaka, tem pewniejsze będzie wnioskowanie.

Wl. Felc.

Dr. F. BONNET-ROY.

ZAPALENIE SZPIKU KOSTNEGO SZCZĘKI DOLNEJ W ZWIĄZKU Z URAZEM.

Annales de Medecine Legale. 1932.

Autor podaje dwa przypadki zapalenia szpiku kostnego w związku z urazem. W pierwszy z omawianych przypadków uraz godził bezpośrednio w szczękę dolną nie uszkadzając jednak bezpośrednio skóry; w miejscu urazu był wylew krwawy. Po paru dniach rozwinęło się zapalenie szpiku kostnego szczęki dolnej, połączone z dość ciężkim stanem chorego i wysoką ciepłotą ciała. Zrobiono szereg nacięć w okolicy szczęki, usunięto 13 zębów, po wyleczeniu szczęka przedstawiała się w postaci cienkiej blaszki kostnej nadającej się z trudnością do założenia protezy.

W drugim wypadku zapalenie szpiku kostnego szczęki dolnej rozwinęło się w następstwie ogólnego zakażenia, punktem wyjścia którego było nieznaczne zranienie prawego kciuka. Leczenie trwało około roku, w tym czasie u badanego stwierdzono: przerost pozapalny obu części wstępujących i jednej poziomej szczęki dolnej, pewną asymetrję twarzy, obrzęk gruczołów podszczękowych oraz niewielkie blizny na twarzy, niezagojone przetoki i wadliwy zgryz. Poszkodowanemu przyznano 40% niezdolności do pracy.

W pierwszym przypadku nasuwają się pewne wątpliwości co do związku pomiędzy urazem a zapaleniem szpiku kostnego, gdyby nie było tu naruszenia ciągłości powłok miękkich i dlatego można przypuścić, że źródłem zakażenia

mógł być jakiś zepsuty ząb, o którym pacjent mógł nie wiedzieć. Tem nie mniej uraz był momentem wywołującym zakażenie chociaż nie bezpośrednio i dlatego należy mu się za ten wypadek odszkodowanie.

Co do drugiego przypadku to związek jest jasny — z powodu zranienia palca wywiązało się ogólne zakażenie i drogą krwi doszło do zapalenia szpiku kostnego.

H. Walęcka.

RIEDMAYR.

INSCENIZOWANY MORD RABUNKOWY.

(Arch. für Kriminol. 91, Bd.).

Z dziedziny oszustw ubezpieczeniowych, a pod względem ekspertyzy sądowo-lekarskiej z zakresu niezmiernie ważnego działu: samobójstwo czy zabójstwo, podaje autor następujący przypadek.

51-letni handlowiec, zastępca kierownika kooperatywy żywnościowej W., głowa rodziny, składającej się z pięciu osób, z których troje na jego utrzymaniu, zaginął w dn. 18.III, kiedy to pojechał inkasować pieniądze w filjach, położonych w pobliskich miejscowościach. — Następnego dnia zwłoki jego znalezione zostały w lesie w odległości 180 mtr. od drogi, która prowadziła do miejsca jego zamieszkania, znajdującego się o kilka km. dalej.

Na drodze znaleziono podarte papiery firmowe i teczkę, a we wspomnianej odległości zwłoki zaginionego z przestrzeloną od tyłu głową. Kapelusz i plecak— w odległości kilku metrów od zwłok, porządnie ułożone, nieuszkodzone i niepokrwawione.

Oględziny sądowo-lekarskie wykazały: ranę postrzałową wlotową w okolicy pierwszego kręgu szyjnego z cechami strzału z przystawienia, wylot po lewej stronie czoła. Przy zwłokach po stronie lewej wciśnięta w ziemię łuska naboju z pistoletu automatycznego kal. 7,65 mm. Na sośnie rosnącej obok, na wysokości 145 cm. ślad po kuli. Zwłoki leżały twarzą do góry. Zainkasowanych dnia poprzedniego 1500 mk. i pistoletu nie było. Śladów ciągnięcia zwłok po ziemi ani też jakiegokolwiek nieładu w odzieży zmarłego nie stwierdzono.

W kilka dni później w odległości 2 km. od miejsca, gdzie leżały zwłoki, znaleziono nad brzegiem strumyka pistolet, który zidentyfikowano, jako narzędzie śmierci w danym przypadku, lecz jednocześnie zauważono, że nie nosił on śladów rdzy, która powinna była się wytworzyć pod wpływem opadów atmosferycznych, z czego wyciągnięto wniosek, iż broń została podrzucona znacznie później niż w dniu śmierci. W lufie broni stwierdzono obecność składników ziemi leśnej, lecz nie pochodzących z miejsca, gdzie pistolet został znaleziony, a tylko z tego, gdzie były zwłoki. Przy rewizji w mieszkaniu zabitego, dokonanej zaraz po zameldowaniu o śmierci, ujawniono pistolet tego samego typu i pochodzenia, lecz nie wykazujący żadnych cech oddanego strzału. W ręce policji dostały się zatem dwa pistolety tego samego rodzaju, a później wykryto jeszcze trzeci w mieszkaniu zabitego. Ujawniono ponadto 400 mk., pochodzenia których syn W. dokładnie wyjaśnić nie mógł, a matka (żona zmarłego) wogóle nie wiedziała o nich wcale. Jak się później okazało, syn W. pieniądze te otrzymał przez pocztę i to w dniu znalezienia zwłok. Drogą wywiadu ustalono, że ten syn nazajutrz po zaginięciu ojca był na stacji, z której zmarły po załatwieniu spraw firmowych miał wyjechać do domu.

Ze śledztwa, przeprowadzonego z wzorową dokładnością i drobiazgowością, wynikało, że śmierć W. była wynikiem w szczegółach obmyślonego samobójstwa, obliczonego na uzyskanie dla pozostałej rodziny premji asekuracyjnej w wysokości 30.000 mk. W. spodziewał się, że zostanie kierownikiem kooperatywy, lecz w nadziejach tych się zawiódł, gdyż wobec redukcji i zamianowania nowego dyrektora, został tylko magazynierem, przez co pobory jego zmniejszyły się o 200 mk. miesięcznie. Sam on był ubezpieczony na 3.000 mk. czyli sumę, nie dającą gwarancji beztroskiego życia rodzinie na wypadek jego śmierci. Jako współzarządzający dowiedział się, że jest ubezpieczony na 30.000 mk., gdy śmierć jego będzie następstwem jakiegoś wypadku podczas pełnienia czynności urzędowych. Premja ta traciła swoją ważność od 1.IV, o czem było mu dobrze wiadomo. Z dalszych dociekań podnieść należy, że zmarły był człowiekiem bardzo ostrożnym (znany był z tego jako kasjer), wobec czego nie dałby się wciągnąć w zasadzkę wgłąb lasu, a na przeglądanie papierów przy świetle księżyca w miejscu znalezienia trupa lepsze były warunki niż na drodze. Podarte papiery miały być wskazówką dla syna, który, jak z całokształtu sprawy wynika, w porę został powiadomiony o śmierci ojca i jej motywach, by przybywszy na miejsce rzekomego mordu (przejeżdżał na rowerze tamtędy 19.III) mógł usunąć broń i zabrać pieniądze, stwarzając w ten sposób pozory zabójstwa rabunkowego. Listu, który miał otrzymać od ojca nie pokazał, twierdząc, że go spalił, a zapytany o treść, podał, że ojciec napisał: „pożyczka twego ojca, a teraz — koniec". Ze znalezionych papierów wynikało, że zmarły przewidywał możliwość uzyskania premji ubezpieczeniowej w wysokości 34.000 mk., na którą składały się suma ubezpieczeniowa jego osobista i firmowa w razie wypadku.

Nie było żadnych podejrzeń, by syn W. mógł brać czynny udział w śmierci ojca, lecz jak się zdaje, był bądź wtajemniczony przedtem, bądź też powiadomiony o istotnej pobudce, która skłoniła starego W. do popełnienia tak dobrze inscenizowanego zamachu o znamionach mordu rabunkowego. Po premję asekuracyjną nikt się nie zgłosił, jedynie tylko wpłynęło do odpowiedniego Zakładu zawiadomienie, że W. zaginął w niewyjaśnionych okolicznościach.

Ze stanowiska sądowo-lekarskiego bardzo ciekawy jest mechanizm strzału: wobec znalezienia łuski po lewej stronie zwłok, umiejscowienia cech strzału z przystawienia i kierunku, wywnioskowano, że zmarły, trzymając broń łukiem spustowym ku górze i naciskając kciukiem na spust, tylko w ten sposób mógł przestrzelić sobie głowę od tyłu.

(Należy zaznaczyć, że tego rodzaju przypadki są nadzwyczaj rzadkie. Ujawnienie tego przypadku i udowodnienie bez żadnych wątpliwości, że był to zamach samobójczy, należy zawdzięczać mrówczej i bardzo roztropnie prowadzonej pracy służby śledczej. uw. ref.).

Wl. Felc.

RITTER.

W SPRAWIE REAKCJI PRZYŻYCIOWYCH NA ZWŁOKACH.

(D. Z. f. d. g. ger. Med. 20 Bd. 2 Hft.).

Opierając się na spostrzeżeniach różnych badaczy, którzy wykazywali. że nie wszystkie tkanki ciała ludzkiego obumierają jednocześnie, autor dokonał badań nad zachowaniem się źrenic na zwłokach w 150 przypadkach.

Obserwacje jego dotyczyły zachowania się szerokości źrenic, nie poddawanych działaniu żadnych środków, a także przy zastosowaniu atropiny i ezeryny. Okazało się, że źrenice w chwili śmierci, niezależnie od jej rodzaju, zwykle rozszerzone pozostają w tym stanie przez kilka (7 — 8) godzin, a następnie ulegają zwężeniu, które osiąga punkt szczytowy w końcu pierwszej doby, poczem następuje powolne rozszerzanie, kończące się w drugiej dobie. Po upływie tego czasu na skutek procesów gnilnych i wysychania gałek ocznych przychodzi do zniekształcenia źrenic.

Próby te wykazują harmonijne zachowanie się obydwu źrenic, gdyż tylko w jednym (na 150) autor zauważył różnicę w szerokości źrenic, wynoszącą ok. 0,5 mm. Działanie atropiny i ezeryny (obwodowe) uwidacznia się najsilniej w pierwszych kilku godzinach od chwili śmierci, a wyrównywa się również w ciągu kilku godzin, choć może trwać i znacznie dłużej. W niektórych przypadkach nawet w końcu pierwszej doby można zauważyć działanie tych środków, lecz w stopniu znacznie słabszym i w ciągu krótszego czasu.

Zwężające działanie ezeryny jest znacznie silniejsze, (3 — 4 mm.) niż rozszerzające atropiny (do 2 mm.); różnica w szerokości źrenic, gdy do jednego oka wkrapla się atropinę a do drugiego ezerynę u tych samych zwłok wynosi ok. 5 — 6 mm. Czas trwania rozszerzenia lub zwężenia nie jest stały: niekiedy przekracza pierwszą dobę, w innych przypadkach już po upływie kilku godzin ulega zmianie. Według Marschall'a zdolność reagowania źrenic na atropinę rozciąga się na pierwsze cztery godziny od chwili śmierci, na ezerynę — na dwie godziny.

Wbrew spostrzeżeniom innych autorów po przecięciu nerwu kulszowego nie stwierdzono opóźnienia w pojawianiu się stężenia pośmiertnego w danej kończynie w porównaniu z drugą, w której nerw ten przecięty nie był.

Obserwacjom autora sprzeciwiają się spostrzeżenia Willera, który czas pojawiania się zwężenia pośmiertnego źrenic ustala na 1 — 2 godz. podczas gdy autor odnosi je do 7 — 8 g.; stanowią one jednak cyfry bliskie tych, jakie podaje Placzek (10 g. po śmierci).

Reakcję pośmiertną źrenic pod wpływem atropiny i ezeryny autor skłonny jest traktować podobnie jak i inni badacze jako zjawisko, świadczące jeszcze o życiu tych tkanek, i sądzi, że te badania mogą mieć znaczenie sądowo-lekarskie w przypadkach, gdzie zachodzi potrzeba ustalenia czasu śmierci. Nie wyprowadza jednak żadnych wniosków ostatecznych, gdyż jak widać, zachodziły w wynikach jego badań i obserwacji dość duże odchylenia, z wyjątkiem faktu, że zwężenie pośmiertne źrenic rozpoczyna się po upływie 7 — 8 godzin. [I ten zresztą objaw praktycznie wykorzystany być nie może, ponieważ autor nie podaje średniej szerokości źrenic w chwili zgonu. (uw. ref.)].

Wł. Felc.

IBRUS MAÄR. Tartu.

ŚMIERTELNY PRZYPADEK ZATRUCIA OLEJKIEM KOMOSOWYM (OL. CHENOPODII).

(D. Z. f. d. g. ger. Med. 20, Bd. 2 Hft.).

Olejek komosowy, stosowany jako środek przeciw obleńcom u małych dzieci, dość często daje groźne dla życia powikłania, a niekiedy i zejście śmiertelne.

Będący tematem doniesienia przypadek dotyczył trzyletniego chłopca, u którego wobec stwierdzenia czerwia jelitowego (ascaris lumbric.) zastosowano w r. 1931 olejek komosowy, nabyty w składzie aptecznym według ordynacji sprzedającego.

W styczniu r. 1932 z powodu skarg dziecka na bóle brzucha i brak apetytu, przypuszczając, że chodzi znowu o obecność obleńców, rodzice podali dziecku olejek w dniach 21 — 23.I. trzy razy dziennie po kilka kropel, lecz znacznie więcej niż to wskazał sprzedający. Obleńców w kale nie znaleziono. 24.I. po przyjęciu dwuch dawek olejku dziecko było lekko zamroczone i zasnęło. Po południu tegoż dnia dziecko wymiotowało. 25.I. było znów wesołe, lecz po podaniu olejku w zwykłej dawce odrętwiało i zasnęło (Środków przeczyszczających wogóle nie stosowano). Około godziny 16-ej wystąpiły drgawki w kończynach, a później i w obrębie tułowia. Wezwany lekarz z powodu groźnego stanu dziecka zarządził przewiezienie do kliniki, gdzie zastosowano płókanie żołądka i środki przeczyszczające, lecz bez skutku. Dziecko zmarło w 13 godzin od chwili dostarczenia do szpitala, a na piąty dzień kuracji przeciwczerwiowej.

Dokonana w dniu śmierci sekcja zwłok wykazała: wzmożenie napięcia opony twardej, spłaszczenie zakrętów mózgowych (waga mózgu 1500 gr.) istota mózgowa miękka wilgotna, słabo ukrwiona, mało płynu w komorach, wybroczynki pod nasierdziem i opłucnemi.

Przy badaniu chemicznem zawartości żołądka znaleziono ślady olejku komosowego.

Badanie mikroskopowe: ogniskowe zapalenie w płacie dolnym prawego płuca (pneumonia desquamativa t. b. c.) nephrosis acuta, kuleczki tłuszczu w komórkach Kupferowskich wątroby.

Jako przyczynę śmierci autor przyjmuje obrzmienie mózgu (mikroskopowo mózg nie był badany), któremu zdaniem autora w literaturze nie poświęcono większej uwagi.

Z objawów klinicznych wspomina o szumie w uszach, upośledzeniu słuchu, zawrotach głowy, drgawkach, zezie, śpiączce i zapaści. Objawy te uważa za wyraz naruszenia czynności mózgu, zaś co do genezy obrzmienia mózgu, to niewiadomo, czy sam olejek jest jego przyczyną czy też nerczyca (nephrosis).

[Z kazuistyki zatruć olejkiem komosowym wynika, że środek ten w leczeniu przeciwczerwiowem u dzieci nie jest bezpieczny zatem stosowanie jego albo wogóle należałoby skasować, albo też przeprowadzać tę kurację tylko w szpitalu z zachowaniem wszelkich środków ostrożności. (uw. ref.)].

Wł. Felc.

JANKOVICH, INCZE. Szegedyn.

WYLEWY KRWI DO GRUCZOŁÓW SZYJNYCH PRZY POWIESZENIU.

(D. Z. f. d. g. ger. Med. 20 Bd. 2 Hft).

W poszukiwaniu pewnych cech, pozwalających na ustalenie faktu powieszenia za życia, autorzy przeprowadzili badania mikroskopowe gruczołów chłonnych, leżących powyżej i poniżej brózdy wisielczej u osób zmarłych wskutek powieszenia, a oprócz tego dokonali takich samych badań na zwłokach po śmier-

ci powieszonych oraz na zwierzętach (jeden pies myśliwski). Materjał do badań wynosił razem 25 przypadków, w tem kilka również z zadzierzgnięciem.

Badano zwykle więcej niż dwa gruczoły z każdej grupy, zalecając sprawdzenie spostrzeżeń na możliwie największej liczbie gruczołów chłonnych z tych samych zwłok, by uniknąć omyłek. Radzą również badanie gruczołów chłonnych z innych okolic ciała. Makroskopowa ocena wynaczynień do gruczołów chłonnych nie jest pewna i dlatego zawsze należy czynić to przy pomocy drobnowidza.

Wnioski swe autorzy ujmują w następujące tezy:

1. W gruczołach chłonnych szyi powyżej i poniżej bruzdy wisielczej oprócz przekrwienia i zastoju — wynaczynienia. Znajdują się one we wszystkich gruczołach szyi od najwyżej położonych aż do nadobojczykowych. Objaw ten uważają za stały przy powieszeniu osób żywych.

2. Przy zadzierzgnięciu dopatrują się podobnych stosunków.

3. Wieszanie zwierząt wywołuje w gruczołach chłonnych takież wynaczynienia jak i u człowieka.

4. W gruczołach chłonnych zwłok powieszonych (po śmierci) czasami powstają wynaczynienia, lecz nie posiadają one charakteru destrukcyjnego.

5. Wynaczynienia występują wskutek mechanicznego działania pętli wisielczej podczas powieszenia, a nie wskutek zastoju patologicznego lub opadania pośmiertnego krwi.

6. Obecność wynaczynień w gruczołach chłonnych w zestawieniu z innymi może być uważany jako ważny dowód powieszenia przyżyciowego, jeśli można wykluczyć wynaczynienia innego pochodzenia.

[Próby dość pomysłowe i ciekawe podobnie jak i śmiałe wnioski z nich wyprowadzone. Narazie jednak nie mogą być uważane za miarodajne, albowiem oparte zostały na zbyt szczupłym materjale doświadczalnym, przytem, jak sami autorzy przyznają, wynaczynienia te dają się również wywołać przy powieszeniu zwłok osób, zmarłych z innej przyczyny. Dodatek do wynaczynień, powstałych za życia, że mają one charakter destrukcyjny, którego znowu nie posiadają wynaczynienia, wywołane na zwłokach powieszonych, nie stanowi cechy różniczkowej pewnej, gdyż miernika ilościowego tutaj ustanowić niepodobna. Żeby wysunąć bardziej pewne wnioski, trzebaby te próby przerobić na dużym materjale. (Uwaga referenta)].

Wł. Felc.

PROF. DR. FERRAY.

PRZYPADEK ZAPALENIA STAWÓW LEWEGO NADGARSTKA, JAKO NASTĘPSTWO DŁUGOTRWAŁEJ PRACY PRZY PERFORATORZE PNEUMATYCZNYM.

(Journal de médecine et de chirurgie. Tom 103/16. 1932).

Pewien górnik około 6 lat obsługiwał w różnych warsztatach perforator pneumatyczny (przyrząd do rozbijania betonu, skał i t. p.). Obsługujący go robotnik lewą ręką przytrzymuje tylną część przyrządu, prawą zaś reguluje per-

forator, który pracuje z szybkością karabinu maszynowego, skutkiem czego lewa ręka doznaje stałych, dość silnych wstrząsów.

U wspomnianego górnika przy badaniu ambulatoryjnem lekarskiem rozpoznano ostry gościec stawowy, w szpitalu zaś stwierdzono obrzmienie i zaczerwienienie okolicy lewego nadgarstka. Badanie rentgenologiczne wykazało, że granica między kością promieniową a kośćmi nadgarstka oraz pomiędzy kością główkowatą a haczykowatą jest zatarta. Pozatem u badanego nie stwierdzono żadnych odchyleń od normy (Tbc. i t. p.). Jako przyczynę zapalenia lewego stawu nadgarstkowego uznano uraz mechaniczny w postaci długotrwałych wibracji, wywołanych przez perforator.

Wyleczono chorego w ten sposób, iż unieruchomiono mu na czas pewien lewą kiść.

Dr. A. Piotrowski.

PROF. K. MEIXNER.

NIEZWYKLE DŁUGIE PRZEŻYCIE PO ZNISZCZENIU CZASZKI WSKUTEK POSTRZAŁU.

(D. Z. f. d. g. ger. Med. 20 Bd. 5—6 Hft).

Autor donosi o osobliwym w swoim rodzaju przypadku. Pewien mężczyzna pozbawił się życia przez postrzał w głowę z karabinu wojskowego austrjackiego. Cała przednia część czaszki była rozpryśnięta: rana obejmowała okolicę jarzmową prawą, przestrzeń pomiędzy podstawą nosa i okolicą ciemieniową prawą, a kończyła się w obrębie lewej skroni.

Tkanki miękkie były porozrywane, niektórych wogóle brakowało, części kostne pokrywy były rozpryśnięte, przednia połowa półkul mózgowych zwłaszcza prawej — zniszczone (płaty czołowe zwisały z olbrzymiej rany), podstawa przedniej jamy czaszkowej zwłaszcza po stronie prawej i prawa gałka oczna były zupełnie zniszczone. Pęknięcia czaszki sięgały aż do potylicy. Prawa tętnica dogłowowa w miejscu rozgałęzienia przerwana, w lewej dwa małe pęknięcia, skrzyżowanie nerwów wzrokowych i trzeci nerw czaszkowy prawy przerwane. Stwierdzono ponadto powiększenie tarczycy i tłuszcz, spotykany u alkoholików. Bliższych wywiadów o samym przypadku nie zebrano.

Zamach samobójczy miał miejsce o godz. 5-ej, śmierć nastąpiła o 7-ej. W ciągu trzech kwadransów denat był obserwowany przez lekarzy w szpitalu. Badanie wykazało: oddech powierzchowny, częściowo przerywany, bardzo drobne nieprawidłowe tętno, brak wszelkich odruchów.

Autor wyraża wielkie zdumienie z powodu tak długiego okresu życia po niezwykle silnem wstrząśnieniu mózgu (w częściach ciemieniowych — prócz czołowych — oraz w tylnych częściach obu półkul mózgowych i nad robakiem móżdżku znajdowały się rozległe podbiegnięcia krwawe w oponach miękkich jako skutek parcia istoty mózgowej do wewnątrz czaszki i namiotu), bowiem, choć półkule mózgowe w części przedniej wykazywały rozległe zniszczenie, to przecież fakt ten, wobec tego iż w tych częściach mózgowia niema żadnych ważniejszych ośrodków życiowych, nie musiał spowodować natychmiastowego zgonu.

Stopniowemu wygasaniu życia odpowiadał stwierdzony przy badaniu pośmiertnem obrzęk płuc (aspiracja krwi była nieznaczna), oprócz tego wybitna ostra niedokrwistość narządów.

Wl. Felc.

TORAKAZU HAYAMI.

UEBER DIE GROESSE DER OSSIFIKATIONSKERNE VON GERICHTLICH-MEDIZINISCHEN STANDPUNKTE.

(Acta Scholae Medicinalis U. J. in Kioto — 1933 Vol. XV F. IV).

Wielkość ognisk skostnienia w nasadach kończyn ma duże znaczenie dla medycyny sądowej, ponieważ ułatwia ustalenie wieku, stwierdzenie tożsamości i t. d. Jak dotąd, badania w tym kierunku nie są zbyt obfite, dlatego autor zbadał u 800 osób rozmaitych mieszkańców Japonji za pomocą promieni Rentgena wielkość tych jąder i przyszedł do następujących wniosków:

Co do stosunku pomiędzy wielkością jąder kostnienia a wiekiem i długością ciała:

Naogół jądra kostnienia powiększają się mniej więcej równolegle do lat życia; w latach 14 — 18 jądra te zrastają się z trzonem kości.

W większości przypadków osobnicy tego samego wieku mają tem większe jądra kostne, im większą jest długość ich ciała. Osobnik, jeśli jest wyższy, niż inny, nawet starszy, zwykle ma jądra kostnienia takiej samej wielkości, lub większe, niż ten ostatni. Stąd wynika, że badanie wielkości jąder kostnienia łącznie z długością ciała może być zastosowane do określenia wieku i tożsamości osoby.

Naogół dziewczęta do lat 14 posiadają większe ogniska kostnienia niż chłopcy tegoż wieku, powyżej zaś lat 14 — zwykle zachodzi stosunek odwrotny. Jądra kostnienia ukazują się i ulegają zrośnięciu z trzonem kości wcześniej u płci żeńskiej.

Do celów sądowo - lekarskich jest rzeczą konieczną badanie conajmniej kilku rozmaitych jąder kostnienia; najwygodniej te badania przeprowadzać na ręku, gdyż tu jądra te są b. liczne i łatwo je fotografować.

Pomiędzy jądrami kostnienia prawej i lewej połowy ciała zachodzą tylko drobne różnice, naogół jednak rozwój tych jąder po stronie prawej jest trochę wyraźniejszy; wahania indywidualne są duże, wobec tego na podstawie wielkości jąder kostnienia nie da się odróżnić ręki prawej od lewej.

Fotografowanie jąder kostnienia do celów sądowo - lekarskich musi zawsze być dokonywane z określonej odległości; w ten sposób można będzie określić naturalną wielkość jąder.

W. D.

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku 2-gi zeszyt 1933 r. „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się: Artykuły: „Realizm w prawie

karnem" przez prof. J. Makarewicza; „Akty prawne, rozpoczynające proces cywilny według k. p. c." przez Dr. K. Gidyńskiego; „Postępowanie upominawcze" przez Dr. Z. Wusatowskiego; „Odstąpienie od zasady „laissez-faire" w W. Brytanji" przez Dr. St. Janickiego; „Ubezpieczenia od bezrobocia i opieka społeczna nad bezrobotnymi" przez prof. X. A. Wóycickiego. — Przegląd piśmiennictwa: 79 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Przegląd prawodawstwa skarbowego przez prof. R. Knapowskiego. — Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich. Orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Kronika gospodarcza, socjalna i samorządowa.